

Mayo – Junio 2008

CHRISTUS

REVISTA DE TEOLOGÍA, CIENCIAS HUMANAS Y PASTORAL

Otra medicina es posible



**Medicina alternativa
y acción eclesial**

En este número

EDITORIAL

Sociedad y religión

- 4 *José Rosario Marroquín Ferrara*

Sociedad y cultura

- 7 *Alfonso Dávila de la Torre, Sofía Dumois Petersen, Víctor Ortiz Partida.*

CUADERNO

- 16 Seguridad social y salud en riesgo de privatizarse
Rita Marcela Robles Benítez

- 21 Terapéuticas Alternativas y Complementarias: urgencia de un cambio de paradigma
Reflexiones del Dr. Ángel Salas Cuevas
Omar David Gutiérrez Bautista

- 23 Medicina tradicional indígena: agresiones y desafíos actuales
Abad Cruz del Ángel

- 26 Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud
J. A. Haro Encinas

- 29 La salud que los hombres anhelan
Ezequiel Castillo Solano

- 35 Salud popular: experiencia transformadora de la Iglesia progresista
Martha Beatriz Cahuich Campos

- 39 Salud alternativa y desarrollo comunitario
Rogelio Segundo Escobedo

- 42 Medicina alternativa comunitaria: camino de vida digna
Patricia Santaella G.

- 45 Medicina alternativa: ¿por qué sólo una medicina?
Patricia González Sánchez

SOCIO-LÓGICAS

- 48 Platón y los desnudos
Colectivo Socio-Teológico de Monterrey

COLABORACIONES

- 49 Carta al sucesor de Pedro
José Ignacio González Faus

- 51 La violación a los derechos humanos ¿un hecho irreversible?
Victor Verdín J.

NO SOLO DE PAN...

- 53 *Cosme Carlos Ríos, José Francisco Gómez Hinojosa, Luis Eduardo Villarreal Ríos*

Biblioteca "Dr. Jorge Villalobos Padilla, S. J."



0900082055



BIBLIOTECA
25 JUN. 2008

Petróleo y política

El tema del petróleo mexicano ha sido puesto bajo los reflectores en los últimos meses. Por la parte gubernamental y empresarial, más que discusión, se ha hecho propaganda a favor de sus propios puntos de vista. Los movimientos sociales agrupados en el Convención Nacional Democrática han respondido con la organización y la movilización. Hay varios puntos que conviene tener en cuenta en esta delicada coyuntura.

Ante todo, la discusión no puede centrarse en la existencia o no de un tesoro en las aguas profundas del Golfo de México. Como ya lo han afirmado los especialistas, hoy por hoy, México no tiene necesidad de explotar petróleo eventualmente existente a 3 mil metros bajo el mar. Sería lo más difícil, lo más caro, lo más complejo, y lo más arriesgado. Resultaría insensato, cuando aún se tienen oportunidades en zonas más accesibles, donde Pemex mismo reconoce que contamos con amplia experiencia en la explotación de pozos en tierra o cercanos a las costas (queda aún por explorar el 75% del territorio nacional).

De hecho, la mayor oportunidad petrolera del país está en convertir las reservas probables y posibles (29,862 millones de barriles de petróleo crudo equivalente) en reservas probadas; petróleo ya descubierto y explotable comercialmente. El que se encuentra en aguas profundas no constituye una necesidad o urgencia de Pemex. Pudiera serlo para las grandes compañías internacionales, como por ejemplo, Shell, Exxon-Mobil, Chevron, Petobras, Statoil, Repsol, YPF y otras compañías extranjeras, que sólo piensan en contratos que les permitan extraer el petróleo y quedarse con la mitad de la renta, lo cual está prohibido por el marco jurídico vigente.

En esta discusión lo verdaderamente central es si se cuenta o no con una estrategia para el desarrollo y aprovechamiento de la industria petrolera nacional y su futuro, realmente inspirada en el marco constitucional y para beneficio para las mayorías del país. Por eso hay que abordar el tema en toda su complejidad.

Pemex es una empresa estatal altamente rentable, que genera enormes utilidades. Ello, a pesar de la descomunal corrupción, que merma los ingresos e infla los costos. El factor que explica que contablemente aparezca con pocas utilidades o con pérdidas crecientes es la excesiva carga fiscal que le impone el gobierno a través de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Por ello, la imagen que se proyecta de Petróleos Mexicanos es que año con año registra pérdidas, en vez de utilidades. En este tejemaneje hay responsables: el evidente deterioro financiero ha sido inducido de manera consciente por sucesivos gobiernos, de uno y otro color, a través de la SHCP.

Estos mismos gobiernos han convertido al país petrolero que es México en importador neto de combustibles, gas natural y petroquímicos, desalentando el procesamiento de hidrocarburos para cubrir la demanda nacional, y privilegiando, estratégicamente, la intensificación de la extracción para cumplirle a los Estados Unidos. Paralelamente han descuidado la exploración, acelerando la disminución de reservas probadas. Al perder capacidad operativa y depender cada vez más de las compañías de servicios, principalmente extranjeras, Pemex se ha ido convirtiendo en una empresa dependiente y menos autosuficiente.

Lo que ha logrado esta dependencia es la construcción de un Pemex paralelo. En los

últimos 20 años se ha fomentado la participación privada en actividades, obras y servicios en sectores que son exclusivos del Estado, con dos consecuencias negativas: a) la transferencia sistemática, mediante contratos de servicio, de actividades productivas, que ha llegado a incluir yacimientos, instalaciones y equipos, lo cual ha estancado y destruido las fuerzas productivas nacionales; b) el abandono de la infraestructura y equipos, lo cual ha repercutido en la falta de mantenimiento y en el despido de personal calificado; de ahí el incremento y mayor gravedad de los accidentes. Con estos saldos negativos se ha pretendido evidenciar una supuesta incapacidad estatal, en beneficio del sector privado.

En cuanto a recursos humanos, los últimos administradores de Pemex, incluido el Ing. Muñoz Leos, llegado de la iniciativa privada, han arriesgado la viabilidad del potencial humano de la empresa de dos maneras: 1ª. La empresa ha jubilado anticipadamente

y se ha desecho de valiosos trabajadores de confianza y sindicalizados, y sólo ha empleado gente para los mayores niveles y mejores salarios; con ello han violado sistemáticamente los derechos laborales del personal sindicalizado, sobre todo si se trata de opositores a la dirigencia gremial; a los trabajadores de confianza se les ha negado su derecho a organizarse; además, se ha dejado en total indefensión a los empleados subcontratados por las empresas privadas; 2ª. La empresa ha tolerado liderazgos sindicales corruptos y ha solapado su impunidad, lo que se ha prestado para desviar recursos hacia otros fines que no son los contractuales.

Estos son algunos de los puntos de la discusión que deben promover los políticos de este país, la cual ha de tener en cuenta tanto lo que muchos intelectuales y científicos han estado proponiendo con hondura y profesionalismo, como el punto de vista de los ciudadanos sin adjetivos. Por de pronto, ¡a defender con todo a esta industria nacional! ☐



Sociedad y religión

José Rosario Marroquín Ferrara

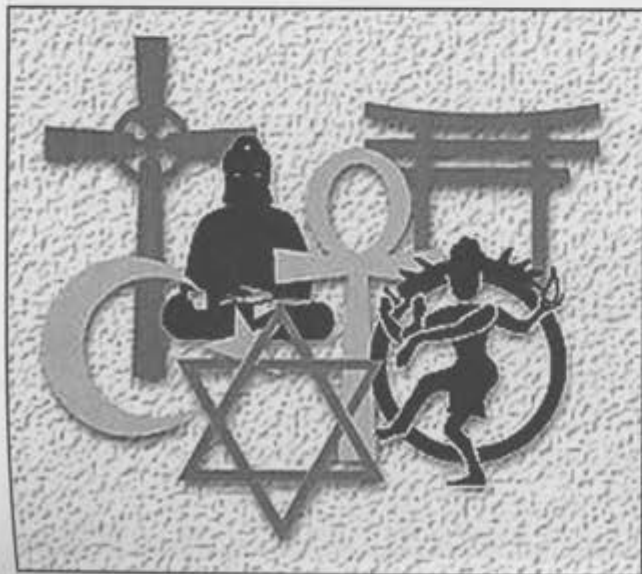
El diálogo entre culturas y religiones: difícil pero imprescindible

En febrero fueron presentados los resultados de una investigación realizada por Renée de la Torre. Se afirma que la iglesia católica ha disminuido numéricamente en el sureste de México, en parte debido a la desatención de los problemas sociales en esa región, aunque en el norte también existe el riesgo de perder más espacios. En las regiones urbanas del centro del país ha incrementado el número de personas que se adhieren a la iglesia de los santos de los últimos días (mormones), en tanto que en las regiones rurales incrementa el número de fieles de las iglesias pentecostales. Algunas razones ligadas al cambio en las preferencias religiosas son la marginali-

dad y la etnicidad. Por otra parte vale la pena considerar que entre quienes manifiestan no profesar alguna religión, hay un número considerable de personas que se identifican con la realización de prácticas indígenas no vinculadas necesariamente con alguna de las iglesias establecidas.

El Vaticano, por su parte, ha ofrecido estadísticas sobre el número de religiosos y religiosas en el mundo. Según el reporte, de 2005 a 2006 hubo una disminución de 94 mil 790.

Las estadísticas pueden servir a muchos fines. Sin pretender ninguna interpretación objetiva, retomamos estos datos como punto de partida para reflexionar sobre las dificultades para el diálogo entre las religiones y la sociedad.



El Vaticano, por ejemplo, rechazó recientemente al embajador designado por el gobierno argentino ante ese Estado, Alberto Iribarne, debido a que está divorciado. Además de que con este hecho se golpea la posibilidad de revitalizar las relaciones entre ambos estados, es una muestra de las dificultades que encuentra un Estado (El Vaticano) teocrático regido por normas religiosas para relacionarse con países regidos por otros principios. Pero las dificultades no acontecen solamente entre gobiernos e iglesias (lo que, de otro modo, sucede entre el gobierno chino y el

Dalai Lama) sino también entre las religiones mismas: tras las modificaciones realizadas por Benedicto XVI a la plegaria por los judíos, que se realiza en la ceremonia del Viernes Santo, diversos grupos judíos han manifestado que consideran un insulto la nueva redacción, con lo que se impone una pausa en el diálogo entre católicos y judíos. Se ha cambiado la frase en la que se pedía al pueblo judío "ser fiel a la Alianza" por otra en la que se pide a Dios que ilumine sus corazones para que reconozcan a Jesucristo salvador de todos los hombres.

En España también han sido evidentes las dificultades en la relación entre los obispos, el Estado y la sociedad. En el contexto de las elecciones, una nota de los obispos, del 30 de enero, agudizó el malestar y la confrontación. La Asociación de Teólogas y Teólogos Juan XXIII ha hecho notar, en una declaración con la que intenta aportar elementos de juicio, que la actitud de los obispos españoles es contraria al proceso por el cual la iglesia católica, tras el Concilio Vaticano II, tomó conciencia de la necesidad de situarse en el seno de las sociedades democráticas, plurales y laicas, valorando positivamente la secularización, reconociendo la autonomía de lo político, respetando el estado de derecho y renunciando a la pretensión de imponer su modelo de sociedad.

Sin embargo las dificultades para el diálogo no son exclusivas de las religiones, las dificultades se encuentran enraizadas en las dificultades mismas para el diálogo intercultural. De esto es ejemplo la confrontación (alimentada por intereses políticos) entre los países occidentales y los orientales. Ante una declaración reciente del arzobispo de Canterbury, quien considera conveniente introducir

algunos elementos de la sharia en la legislación británica para mejorar las relaciones con la comunidad musulmana, las reacciones dejan ver que en realidad cuando occidente habla de tolerancia no hace sino imponer una actitud al resto del mundo. Las reacciones han sido desproporcionadas: Gordon Brown, primer ministro, ha señalado que "las leyes británicas se han de inspirar en valores británicos"; otros han señalado que las declaraciones del arzobispo implican una amenaza para la nación.

Ante las dificultades aquí mostradas es preciso buscar caminos que permitan avanzar en el diálogo entre los diversos grupos. Es un esfuerzo que va más allá de consideraciones meramente religiosas, requiere de la participación de la humanidad en su conjunto. Sin embargo las diversas religiones e iglesias, sin ser quienes deban encabezar este esfuerzo, podrían ser parte de él. Esto último es posible porque así ha quedado evidenciado en la vida y el testimonio de otras personas. De esto hablamos en la siguiente parte.

Testigos de que otro mundo es posible

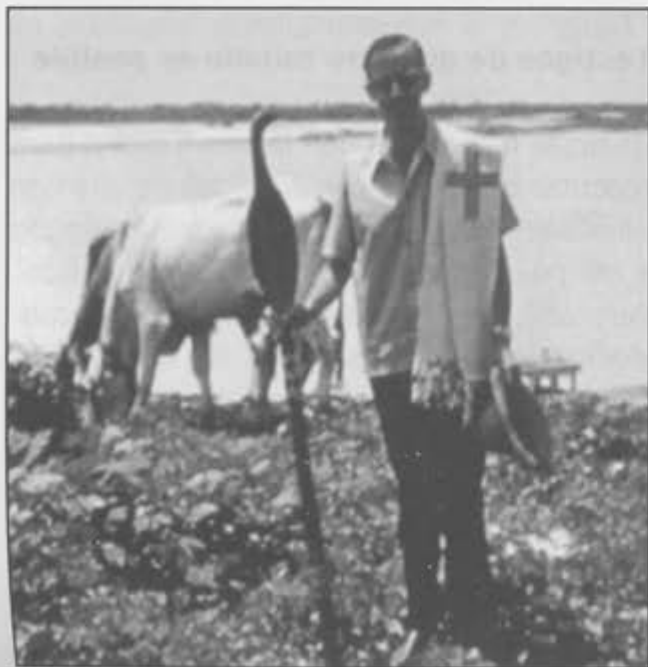
Diversas fechas nos dan la oportunidad para recordar a quienes con su vida nos alientan para seguir buscando caminos que permitan a los pueblos encontrar la paz y la justicia. Pero antes de recordarlos vale la pena considerar el esfuerzo realizado en Kenya (país cuya situación conocimos por la atención que le dieron los medios debido a las muertes y al desplazamiento de personas después de un cuestionado proceso electoral) por diversas iglesias. La participación de las iglesias incluyó medidas de diferente nivel, entre las cuales se incluye el llamamiento al diálogo

a los dos principales partidos involucrados; fueron realizados también algunos foros interreligiosos y encuentros cara a cara entre dirigentes cristianos de diferentes comunidades étnicas. El primer foro concluyó con el compromiso de instar a los pueblos a poner fin a la violencia y no tomar venganzas. Lo notable ha sido que, pese a sus sentimientos tribales, los integrantes del foro (que reúne a africanos independientes, adventistas, católicos, evangélicos, hindúes, musulmanes y protestantes) han trabajado juntos. Una integrante de la iglesia presbiteriana ha afirmado que "a pesar de las matanzas y los desplazamientos, sigue habiendo amor en Kenya". Esta actuación resulta esperanzadora para los habitantes de Kenya que esperan que las iglesias realicen aportes fundamentales para la reconciliación, la sanación, el reasentamiento y la creación de confianza.

El 16 de febrero cumplió 80 años Pedro Calsaldáiga, pastor incansable, obispo emérito de la prelatura de San Félix de Araguaia; con motivo de su cumpleaños ha dirigido una

carta, que entre otras afirmaciones contiene la siguiente: "Pero la Utopía continúa. [...] La esperanza sigue, como una sed y como un manantial. 'Contra toda esperanza, esperamos'. [...] Con tropiezos y ambigüedades Nuestra América se mueve hacia la izquierda; 'nuevos vientos soplan en el Continente'".

En Narmada, India, el 9 de febrero murió Murlidhar Devida "Baba" Amte, quien convivió con Gandhi, y quien tras el encuentro con un leproso dedicó su vida a trabajar con quienes padecían esa enfermedad. Amte puso en marcha una comuna en el centro de la India. En ella, cientos de enfermos de lepra construyeron una sociedad autosuficiente con su propia escuela, hospital, un orfanato y hasta su propia prensa y una orquesta. En este lugar, llamado Anandwan (Bosque de la Felicidad), viven hoy 2.500 personas que han recuperado la dignidad: todo el que puede trabaja y sólo consumen productos elaborados por ellos mismos, desde la ropa hasta el té. Los últimos años Amte los dedicó a la preservación de ríos y poblaciones en las zonas selváticas.



En Costa Rica falleció el 3 de marzo Hugo Assman, quien fue sacerdote católico varios años y trabajó en Chile hasta que Salvador Allende fue asesinado. Hugo Assman fue impulsor de la teología de la liberación. El 24 de marzo se conmemoraron los 28 años de la muerte de monseñor Romero. El pueblo, en el que ha resucitado, lo ha recordado en diversos actos. En ese contexto, las comunidades eclesiales de base de Oaxaca realizaron una procesión, en memoria también de los caídos durante el movimiento oaxaqueño, para pedir que siga habiendo obispos al lado de los pobres. Uno de los presentes manifestó que monseñor Romero nos enseña a resucitar caminando con el pueblo. ☐

Sociedad y cultura

Análisis del Diálogo Nacional desde la «estructura de capitales» y «habitus»

*Francisco Urrutia de la Torre, S.J.,
Alfonso Urbina Romero, S.J., Pilar Servín
Maestría en Filosofía Social, ITESO, Guadalajara, Jal., México*

INTRODUCCIÓN

Con este artículo queremos que no pase inadvertida la confluencia de grupos y actores nacionales que pudieran quedar opacados por otros temas que, si bien son importantes, no son los únicos signos de nuestra realidad. En Christus privilegiamos la reflexión a fondo a partir de instrumentos teóricos que nos ayuden a pensar nuestra realidad y reflexionar nuestra propia práctica. En este sentido, presentamos un estudio sintético del campo¹ y el habitus²,

1 Un «campo» es una configuración de relaciones objetivas entre posiciones que se definen en las determinaciones que imponen a los agentes o instituciones que las ocupan por: a) su situación actual y potencial en la estructura de la distribución de las diferentes especies de poder o capital, y b) sus relaciones objetivas (de dominación, subordinación, homología, etc.) con las otras posiciones. De estas disposiciones pende el acceso a los beneficios que se juegan en el campo. Cf. Pierre Bourdieu y Lóic Wacquant, "La lógica de los campos.", en Pierre_bourdieuBlog, <http://pierre-bourdieu-textos.blogspot.com/2006/07/la-logica-de-los-campo-sentrevista.html> (vi: 15 de Noviembre de 2007).

2 El «habitus» se refiere a la clase de posición en el campo incorporada en el agente. Incluye propiedades biológicas socialmente moldeadas como sexo, edad y desplazamiento inter o intrageneracional, y se distingue de la clase objetivada en algún momento dado del tiempo. Cf. Pierre Bourdieu, *La Distinción. Criterios y bases sociales del gusto*, Madrid, Taurus, 1988, pp. 444-475. "Es el principio generador y unificador que traduce las características intrínsecas

(dos conceptos acuñados por el sociólogo francés Pierre Bourdieu que pueden ser de gran ayuda para la comprensión de nuestra realidad) de las organizaciones que convocan al Diálogo Nacional (DN), iniciativa de análisis y propuesta política en contra del neoliberalismo.

La opción metodológica de centrar nuestro estudio en las organizaciones convocantes se debe a la hipótesis de que son los convocantes los constructores del discurso y los impulsores de la trayectoria de este conglomerado de organizaciones de la sociedad civil. Al final del artículo, esbozamos algunas afirmaciones socioanalíticas respecto al Diálogo Nacional, que abren la puerta a la probación de los hechos pensados aquí expuestos en la acción política de este movimiento social, y a la profundización teórica de nuestra investigación.

y relacionales de una posición en un estilo de vida unitario, es decir, un conjunto unitario de elección de personas, de bienes y de prácticas. [...] los habitus se diferencian, pero así son [...] esquemas clasificatorios y constituyen un auténtico lenguaje [...] en el que] «ser distintivo y ser significativo es lo mismo»." Idém., "Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción", Anagrama, Barcelona, 1997, pp. 19-20.

I. EL DIÁLOGO NACIONAL

Los principales convocantes al primer DN en noviembre del 2004 fueron el Sindicato Mexicano de Electricistas, la Promotora por la Unidad Nacional contra el Neoliberalismo y la Unión Nacional de Trabajadores. El número de convocantes y participantes al segundo, tercero y cuarto diálogo ha sido considerablemente creciente. El primer DN contó con la participación de 164 organizaciones –civiles, sindicales, campesinas, etc.– y el tercero con más de 330. Las sedes de los DN han sido espacios sindicales en la Ciudad de México y en Querétaro.

En el primer DN se hizo un pronunciamiento en rechazo al modelo neoliberal; rechazo a la contrarreforma laboral impulsada por el PRI y el PAN; rechazo a reformas estructurales en materia de seguridad social, electricidad, petróleo, educación y cultura; respaldo a todas las luchas de resistencia. En el segundo DN (febrero 2005) se concreta el "Programa Mínimo No Negociable" y la "Declaración de Querétaro". El tercer DN (febrero 2006) representa una ratificación de los documentos del segundo DN. El cuarto DN (febrero 2007) logra modificar la estructura centrada en ponencias magistrales a mesas de diálogo.

Se puede identificar el "Programa Mínimo No Negociable" como el documento más importante de los DN que representa el acuerdo de las organizaciones participantes y que promueve principalmente: 1) la recuperación del espíritu de la Constitución de 1917, como síntesis histórica que "refrenda la tradición emancipadora de nuestro pueblo y dibuja el proyecto de una nación con justicia, libertad, derechos sociales, soberanía e independencia económica y política"; 2)

la marcha atrás de las reformas a la Carta Magna impuestas en los últimos años, de manera particular las modificaciones al régimen de propiedad de la tierra, las relativas a la responsabilidad del Estado en materia de educación superior y las asociadas a la privatización en la generación de energía eléctrica; 3) la convocatoria a un nuevo Congreso Constituyente en el que estén representados todos los sectores sociales y de manera particular los trabajadores, a fin de "recuperar la soberanía, por la defensa y ampliación de los derechos sociales y humanos, el ejercicio de las libertades y garantías individuales, así como el cambio de régimen y la integración de una nueva institucionalidad democrática"; 4) el rechazo absoluto a las reformas estructurales en seguridad social, electricidad, petróleo, educación y en materia laboral, por considerarlas lesivas a los derechos del pueblo y contrarias a la soberanía de la nación³.

II. DELIMITACIÓN DEL CAMPO: EL CAPITAL EN DISPUTA

Comenzamos el análisis del «campo» conformado por las organizaciones participantes del Diálogo Nacional con el análisis del «capital» que se disputa en él. El «capital» que las organizaciones participantes en el Diálogo Nacional se están disputando es una posición en el «campo político»⁴, es decir,

3 Vid. Diálogo Nacional, Diálogo Nacional, <http://dialogonacional.org.mx> (vi: 15 de noviembre de 2007).

4 Juego donde la apuesta es imponer principios de visión y división del campo social, en temas como políticas públicas, propuestas de ley, etc. Está monopolizado por los profesionales de la política (poder ejecutivo, legislativo y judicial, en los niveles federal, estatal y municipal, partidos políticos y sus grupos internos en disputa, los profesionales de las organizaciones de la sociedad civil políticas, periodistas y los politólogos), que excluyen a los «profanos», que no lo son. Es la lucha por el dominio del Estado y su monopolio de



un lugar desde el cual apostar por imponer sus principios de visión y división en el campo social, según la agenda del Diálogo Nacional. Su plan de acción actual incluye: 1) el apoyo y fortalecimiento de la lucha de los trabajadores, especialmente contra la ley del ISSTE; 2) impulsar un juicio político contra Ulises Ruiz; 3) promover la libertad de los presos políticos y desaparecidos; 4) deslindarse del gobierno de Felipe Calderón Hinojosa; 5) realizar una jornada nacional en defensa de la soberanía nacional, del patrimonio energético y de los recursos naturales; 6) realizar una consulta nacional, de común acuerdo con la CND, para el impulso de un proyecto alternativo de nación; 7) impulsar el Foro Social Mundial que se realizaría en la Ciudad de México en enero de 2008⁵.

la violencia legítima. El campo político está subordinado al campo de poder. Definición construida en clase.

5 Vid. Diálogo Nacional, Op. cit.

Las apuestas específicas de las organizaciones convocantes al Diálogo, son:

Unión Nacional de Trabajadores (U.N.T.). Su apuesta es por la defensa de los contratos colectivos de trabajo y los legítimos derechos de los trabajadores⁶.

Frente Sindical Mexicano (F.S.M.). Lucha permanentemente contra la política patronal, en despliegue de una viva movilización en defensa de sus derechos laborales⁷.

Promotora por la Unidad Nacional contra el Neoliberalismo. Pretende generar un proceso

6 Unión Nacional de Trabajadores, En defensa de los contratos colectivos de trabajo y los legítimos derechos de los trabajadores, <http://www.unt.org.mx/docs/desplegado160807.html> (vi: 17 de octubre de 2007).

7 Edur Velasco, "Estructura y poder sindical en México: el retrato de una élite longeva", en *Espiral*, núm. 16, <http://www.publicaciones.cucsh.udg.mx/ppperiod/espiral/espiralpdf/Espiral16/108-145.pdf> (vi: 27 de septiembre de 2007).

de articulación nacional de organizaciones, y movimientos sociales que se concreten en una agenda común para resistir al neoliberalismo y proponer alternativas a él⁸.

Red Mexicana de Acción contra el Libre Comercio. Se propone incidir y apoyar los procesos de convergencia social, nacional e internacional, y construir alianzas en torno a propuestas de política económica⁹.

Movimiento Nacional de Organizaciones Aquí Estamos. Apoya el "Gobierno Federal Democrático" de AMLO; propone realizar un Congreso Constituyente para refundar la República sobre bases de justicia, libertad y democracia; impulsa una campaña permanente de hostigamiento pacífico contra Felipe Calderón¹⁰.

Servicios y Asesoría para la Paz (SERAPAZ). Pretende contribuir a la mediación y articulación civil para la transformación pacificación de los conflictos sociales en Chiapas¹¹.

Frente Socialista: pretende contribuir al fortalecimiento político y orgánico del movimiento social y popular contra el neoliberalismo mediante un reagrupamiento de la izquierda que una a zapatistas y socialistas.

III. ESTRUCTURA DEL CAMPO

La estructura del campo del Diálogo Nacional está conformado por la disputa del «capital» que se juega en los Diálogos: una posición en el «campo político» desde la cual apostar para imponer sus principios de visión y división en la agenda de los propios Diálogos. En él puede observarse que:

a. Los conglomerados de sindicatos y organizaciones de trabajadores (UNT, FSM) cuentan con el «capital» más reconocido para imponer sus principios en el Diálogo Nacional. Lo anterior puede observarse en la prioridad de la causa obrera en el Programa Mínimo No Negociable, en las ponencias y mesas de trabajo del Diálogo y en las acciones políticas programadas y realizadas. Se manifiesta una franca confrontación de la clase trabajadora con el sector patronal. También aparecen, con menos fuerza, los problemas de cultura, derechos indígenas, género, educación, etc. En el «capital» de estas organizaciones, que según nuestra metodología podemos denominar "Dominantes Dominantes" –sólo al interior de los Diálogos – destaca el trabajo y las contribuciones de sus agremiados, así como su capacidad negociadora de mejoras salariales y de condiciones laborales.

b. El «capital» de los convocantes Dominantes Dominantes se legitima, al interior de los diálogos, mediante un lenguaje predominantemente socialista tradicional con matices

8. En concreto buscan promover espacios de diálogo y discusión, promover una pedagogía democrática verdadera, no hacer política electoral, ampliar la solidaridad al ámbito internacional, combatir proyectos como el P.P.P., el A.L.C.A. y a la O.M.C., combatir las reformas estructurales, detener "la guerra", defender el proyecto de educación pública, luchar por los derechos humanos más allá de las organizaciones especializadas. Promotora por la Unidad Nacional contra el Neoliberalismo, Memoria sobre su proceso de construcción, http://geocities.com/promotora_jalisco/congresomemo.html (vi: 17 de octubre de 2007).

9. Red Mexicana de Acción contra el Libre Comercio, <http://www.rmalc.org.mx/rmalc.htm> (vi: 17 octubre de 2007).

10. Pedro Matías, "Debe López Obrador responder a intereses del pueblo: 'Aquí estamos'", en Noticias, Voz e imagen de Oaxaca, Primera plana, 24 de abril de 2006, http://www.noticias-oax.com.mx/articulos.php?id_sec=1&id_art=41560&id_ejemplar=1099, (vi: 17 de octubre de 2007) y Movimiento Nacional Organizado Aquí Estamos, Ponencia para la Asamblea Popular de Michoacán, <http://www.cnd.org.mx/Memorias/ponencias/751.pdf>, (vi: 17 de octubre de 2007).

11. Servicios y Asesoría para la Paz, <http://www.serapaz.org.mx/paginas/principal.html> (vi: 3 de octubre de 2007).

más bien sensacionalistas que racionalistas, y más contestatarios que propositivos. La problemática central para el Diálogo Nacional es el neoliberalismo, y en el discurso, los enemigos son aquellos que apoyan las políticas de ajuste estructural: a) en el ámbito nacional, el gobierno federal panista, particularmente el de Felipe Calderón, acusado de fraude, y las cúpulas empresariales; b) en el contexto internacional, el grupo de los 7, presidido por los Estados Unidos, los organismos multilaterales de financiamiento y comercio internacional.

c. Contrasta la diversidad de organizaciones que participan en los Diálogos con la homogeneidad de su discurso, lo que nos hace pensar que las organizaciones con discurso marxista tradicional han encontrado una veta para legitimarse en el discurso de los Diálogos Nacionales a favor de la clase trabajadora. Entre estas organizaciones destacan, por su «capital económico», las que nacieron en apoyo de la candidatura de AMLO a la Presidencia de la República (Movimiento Nacional de Organizaciones "Aquí Estamos", Frente Socialista), que en Diagrama aparecen como "Dominantes dominados". En este análisis, es importante considerar el fortalecimiento del Diálogo Nacional en la coyuntura electoral, particularmente porque se estimaba el triunfo de AMLO en 2006.

d. Las organizaciones que realizan trabajo de investigación y de campo (RMALC, SERAPAZ) cuentan con un «capital cultural» valorado en otros ámbitos –académicos, redes internacionales– pero de poco impacto en el discurso oficial de los Diálogos (Programa Mínimo, posicionamientos, relatorías). En estas organizaciones participan prestigiosos intelectuales, artistas y activistas con no poca autoridad moral en el ámbito político

nacional, cuyas figuras contribuyen a legitimar simbólicamente los Diálogos (Promotora por la Unidad contra el Neoliberalismo, Paz con Democracia, Cultura, trabajo y democracia), pero no a enriquecer significativamente su discurso y estrategia política.

e. Finalmente, y como agentes "dominados dominados" en el campo que conforman las organizaciones del Diálogo Nacional, aparecen los agentes que participan en ellos, no como parte de un conglomerado de organizaciones que convoca a ellos sino aquellos de manera individual, buscan en ellos un apoyo para impulsar sus causas particulares, pretenden a la construcción de un "Proyecto Alternativo de Nación", y legitiman, con su amplio número y diversidad, a los Diálogos como movimiento de la sociedad civil de izquierda.

VI. CONCLUSIONES

Con base en el anterior estudio del Diálogo Nacional, enfocado desde la comprensión de la estructura de «capitales» y «habitus» que lo conforma como «campo», esbozamos las siguientes afirmaciones:

1. No identificamos un proceso de subversión cognitiva en el Diálogo Nacional, por lo que consideramos que no hay una acción política de profundo impacto en el campo político nacional, más allá de las negociaciones obrero-patronales y los esfuerzos por resistir la reforma laboral que las cúpulas empresariales y el gobierno hoy ponen en práctica. El discurso del Diálogo está vinculado con esquemas de tradición marxista –que encuentra sustento en las demandas laborales de la clase trabajadora– y de resistencia, que sin embargo comparten, en

la práctica, el paradigma social y filosófico del capitalismo, en donde, hoy por hoy, se requiere del dominio de líderes sindicales con largo tiempo como tales para negociar mejoras a las condiciones laborales con el sector patronal y el gobierno. Una verdadera subversión política sería aquella que fortaleciera la auténtica participación obrera en la gestión de mejores condiciones, aún a costa de poner en jaque la posición de figuras representativas del DN, como es el caso de los líderes sindicales.

2. Las organizaciones que, con base en su trabajo de investigación y de campo podrían proponer una subversión cognitiva no tienen el capital necesario para imponer acciones políticas alternativas en el Diálogo Nacional. En el Diálogo sólo se reconoce su aporte a la dimensión de resistencia y rechazo a la política de corte neoliberal, pero no su posibilidad de concretar acciones basadas en su rica experiencia.

3. Podríamos considerar al Diálogo Nacional como un órgano que desenmascarara la ilusión de consenso respecto al orden establecido señalando las situaciones concretas en las que el consenso no existe. Sin embargo



su estrategia parece generar un consenso similar al interior del movimiento, pero en los términos de su propio discurso. Esto nos conduce a pensar que la estructura campal del Diálogo es similar la que critican en sus enemigos: sus organizaciones dominantes imponen sus principios de visión y división del campo y refuerzan las relaciones de fuerza que los sostienen. Para ello, desconocen las capacidades de las organizaciones dominadas para instituir nuevos principios, y reconocen como política sólo una dimensión de ella (por ejemplo, la causa obrera).

4. Así, el Diálogo Nacional no ha logrado construir, hasta el momento, un verdadero "Proyecto Alternativo de Nación", sino un órgano de legitimación para las organizaciones que dominan en ellos. Esta legitimación en gran parte se realiza con la estrategia de consenso.

5. La propuesta más concreta que ha desarrollado el Diálogo Nacional es el "Programa Mínimo No Negociable", que en realidad es una propuesta contestataria e inespecífica en el nivel programático, a la que puede sumarse prácticamente cualquier organización inconforme con el neoliberalismo, independientemente de sus propuestas alternativas. Esta cantidad de organizaciones legitima el discurso oficial de Diálogo, particularmente por las figuras públicas que las apoyan.

Estas afirmaciones sobre el Diálogo Nacional quedan abiertas a su (des-a-) probación en la acción política concreta de los Diálogos en el mediano y largo plazo, así como a la profundización de su investigación, bien desde el paradigma socioanalítico de Pierre Bourdieu, o desde el diálogo con otras aproximaciones sociológicas. ➡

Cuaderno

Seguridad social y salud en riesgo de privatizarse

Rita Marcela Robles Benítez

Terapéuticas Alternativas y Complementarias:

Urgencia de un cambio de paradigma.

Reflexiones del Dr. Ángel Salas Cuevas

Omar David Gutiérrez Bautista

Medicina tradicional indígena, agresiones y desafíos actuales

Abad Cruz del Ángel

Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud

J. A. Haro Encinas

La salud que los hombres anhelan

Ezequiel Castillo Solano

Salud popular: experiencia transformadora de la Iglesia progresista

Martha Beatriz Cahuich Campos

Salud alternativa y desarrollo comunitario

Rogelio Segundo Escobedo

Medicina alternativa comunitaria: camino de vida digna

Patricia Santaella G.

Medicina alternativa: ¿por qué sólo una medicina?

Patricia González Sánchez

Introducción al cuaderno

La Medicina Alternativa, más que un campo de curación corporal, es un verdadero campo de lucha social, desarrollo humano y de acción eclesial.

Pasan las décadas y la lucha por la justicia va tomando diferentes matices en el campo de la política, la educación y la religión. Pero la Medicina Alternativa no sólo sigue en auge, sino que es testimonio vivo de mujeres y hombres comprometidos con la vida de nuestros pueblos y con la Tierra. Con este número de Christus, incluimos esta alternativa de la salud en la Serie «Otro mundo es posible» que ha tocado distintos temas en diversos cuadernos. En el presente número, partiendo de la realidad de la salud en México, ofrecemos reflexiones críticas de la situación actual de la medicina y la salud pública, iluminadas por la reflexión teológica y por los testimonios de experiencias de agentes de pastoral y educadores y educadoras comprometidos con los pobres de México.

Rita Marcela Robles, del CEREAL, nos presenta un estudio minucioso e ilustrativo de la situación de la salud pública en México. En base a la inspiración de los documentos internacionales de derechos humanos –ratificados por México– expone la situación de deterioro y desmantelamiento de los servi-

cios de salud, provocando la conculcación del derecho a la salud por parte del Estado mexicano.

El Dr. Ángel Salas, especialista, investigador y difusor de las «terapéuticas alternativas», expone su visión de la medicina a nivel mundial, ubicando una lucha entre la medicina alternativa y la hegemónica. Sin dejar de valorar a la medicina alopática, expone cómo ésta se ha impuesto por el sistema hegemónico. Es la misma situación de miseria del mundo y de deterioro en materia de salud, la que provoca un cambio de paradigma en la historia de la medicina.

El tema de la medicina tradicional indígena es abordado por Abad Cruz del Ángel, de CENAMI, México. Establece la íntima relación de la curación con el sentido cultural, social y religioso de las comunidades indígenas. Expone las distintas concepciones de los principios de la medicina tradicional desde la cosmovisión indígena, origen y resguardo de conocimientos y prácticas patrimonio de la humanidad y de nuestros pueblos, patrimonio no sólo incomprendido, sino también atacado y expropiado.

El artículo de Haro Encinas proporciona algunas definiciones relacionadas con lo que él denomina el «cuidado lego» de la salud,

a saber, las formas con las que la gente que no es ni profesional ni especialista ve por su propio bienestar. El escrito proporciona, sobre todo, una perspectiva diferente para considerar las terapias, sean alternativas o hegemónicas. Incluye también, de manera enunciativa, algunos de los tópicos principales que hay que tener en cuenta cuando se piensa en estos temas, quizá más que para dar respuestas, para sugerir preguntas.

A partir de una concepción antropológica-filosófica de vida digna del ser humano, el teólogo Ezequiel Castillo propone la salud como una «constante antropológica» como criterio fundamental de la conciencia crítica que nos proporciona un camino para la concepción de la vida humana. Hace una valoración cristiana de la salud a partir de la imagen de salud-salvación presentada por los evangelios en la figura de Jesús de Nazaret.

La salud popular nacida en la experiencia de las comunidades eclesiales de base, es el tema que aborda Martha Cahuich, candidata al doctorado en Historia y Etnohistoria, de la ENAH. En su texto comparte algunos de los resultados de su estudio en Salud Popular, cuyo objetivo fue investigar el desarrollo histórico de la participación social en salud en varios lugares de nuestro país, entre ellos diócesis y espacios parroquiales, basado en la memoria oral de asesores de organizaciones civiles y de presbíteros, religiosas y promotoras de salud.

Rogelio Segundo, referente importante de la organización social y la medicina tradicional en México, nos presenta una experiencia de salud alternativa en un medio eclesial del

estado mexicano de Guanajuato que, desde su concepción, es motor de desarrollo integral comunitario. Da cuenta de la problemática de pobreza y migración que enfrentan las comunidades, en cuyo contexto se da el conocimiento y valoración de la medicina tradicional ancestral. Además señala la integración y formación de equipos promotores de salud y su aporte al desarrollo social.

Patricia Santaella Garduño, religiosa del Sagrado Corazón, promotora y educadora de salud en el estado de Guerrero, nos expone el camino de vida digna como respuesta a la descomposición que el sistema imperante hace del ser humano. Presenta una nueva concepción de lo que es la salud y la enfermedad desde una óptica integral, humanista y liberadora desde su experiencia con los pueblos marginados de nuestro país. Asimismo hace un breve recorrido de las distintas terapias que conforman esta otra manera de abordar la salud y sus influencias en la persona humana y en la Tierra.

Patricia González, desde un conocimiento profundo de la Medicina Alternativa, sostiene al igual que otros autores de este Cuaderno, la crítica a la medicina dominante, criticando así el concepto de «alternativa». Hace una crítica severa a la medicina de patente en cuanto sistema de enriquecimiento y de expropiación a los pueblos de sus recursos naturales, así como expone los grandes recursos que ofrecen las medicinas tradicionales para el beneficio del pueblo, lo que implica un reto hacia su reconocimiento y defensa ante la sociedad. Se refiere al caso del mexicano inventor de la Microdosis, como ejemplo de los logros trascendentes en el campo de la medicina alternativa. ☐

Seguridad social y salud en riesgo de privatizarse

Rita Marcela Robles Benítez

Área de Derechos Humanos Laborales

Centro de Reflexión y Acción Laboral (CEREAL)

Marco Jurídico Nacional e Internacional

La salud ha sido reconocida, como una garantía fundamental, en el cuarto párrafo del artículo 4º de nuestra Constitución, mismo que señala que toda persona tiene derecho a la protección de la salud, al respecto se ha establecido una legislación específica que regula este derecho, la Ley General de Salud es la base jurídica de nuestro Sistema Nacional de Salud y en ella se ha señalado que el derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

- I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;
- II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

De acuerdo con lo señalado en esta Ley, los servicios públicos de salud deben ser prestados bajo criterios de universalidad y gratuidad, sin embargo, también se prevé el cobro de cuotas de recuperación, que en todo momento deben considerar el costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas de los usuarios, fundándose en principios de solidaridad social y

eximiendo de cobro a los usuarios que carezcan de recursos para cubrirlas o que se encuentren en zonas de menor desarrollo económico y social del país (artículo 36).

Por su parte el derecho a la seguridad social se reconoce en el artículo 123 Constitucional, y se regula a través de la Ley del Seguro Social y la ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. De acuerdo a la Ley del Seguro Social, la seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado.

A nivel internacional, el derecho a la salud ha sido reconocido como derecho humano, en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, en ella se señala que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios, por su parte, el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC) en su artículo 12 señala que los Estados Partes (entiéndase gobiernos) reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental¹. Para garantizar el

1 Otros instrumentos internacionales que otorgan protección al derecho a la salud son la Convención de los Derechos del Niño (artículos 23 y 24), la Convención Internacional sobre eliminación de todas las Formas de discriminación contra la Mujer (CEDAW), la Convención sobre el Estatuto de Refugiados, la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de los Trabajadores Migrantes y sus familias, entre otros.

acceso a este derecho, los Estados deben implementar ciertas medidas con el fin de reducir la mortalidad, en especial la mortalidad infantil, y asegurar el sano desarrollo de los niños; además debe garantizar el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; prevenir dar tratamiento a enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y crear las condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha definido a la salud como uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, y sobre ella ha establecido diferentes programas y metas que buscan mejorar el acceso y disfrute del derecho a la salud de la población mundial, sin embargo los resultados no han sido los esperados.

Por otro lado, el derecho humano a la seguridad social es reconocido en el artículo 22 de la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, que señala: Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad. Por su parte el PIDESC señala en su artículo 9 que los Estados Partes, reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social.

Sistema Nacional de Salud

En México, el Sistema Nacional de Salud se integra por los servicios que presta la Secretaría de Salud (SSA), dirigidos a las personas que no cuentan con un empleo formal, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)² que presta servicios a las personas que cuentan con un empleo formal dentro del sector privado, así como los servicios que dan el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)³, para los trabajadores gubernamentales y el Instituto de seguridad Social

2 Para consultar la infraestructura del IMSS para prestación de servicios médicos consultar Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del IMSS, diciembre de 2006.

3 Durante el 2007 el ISSSTE atendió a una población entre trabajadores y familiares derechohabientes de 10 millones 972 mil. Fuente: www.issste.gob.mx/issste/documents/INFANUALDEACTIVIDADES2006.pdf



para las Fuerzas Armadas de México (ISSFAM) para los trabajadores de las fuerzas armadas. Además, existen los servicios de salud con que cuentan los trabajadores de PEMEX, derivados del Contrato Colectivo de Trabajo y los otorgados a poblaciones vulnerables a través de IMSS-OPORTUNIDADES y el Seguro Popular.

Los Hospitales pertenecientes a la Secretaría de Salud⁴ atendieron durante el 2006 aproximadamente a 668 mil pacientes en consulta externa y urgencias, además de los egresos hospitalarios registrados en las más de 20 especialidades que ofrece, entre las que se encuentran endocrinología, dermatología, cirugía plástica, pediatría, endoscopia, ginecología, reumatología, oncología, urología, ortopedia y psiquiatría. La SSA contaba a 2005 con 12 mil 563 unidades para brindar atención médica, de ellas 12 mil 030 eran de consulta externa y 533 para servicios de Hospitalización, los consultorios registrados a esa fecha son 26 mil 671 y contaba con 33 mil 388 camas censables.

No obstante la infraestructura con que se cuenta y la población que se atiende, aún existen serios rezagos en nuestro Sistema Nacional de Salud. La falta de presupuesto y la creación de programas sectoriales, han ido mermando la calidad de los servicios médicos y de la propia infraestructura, pero además aún existe un elevado número de población que no puede acceder a ningún tipo de asistencia médica, provocando serias violaciones al derecho a la salud de las personas.

Debido a esto, México ha sido objeto de diversas observaciones realizadas por organismos interna-

4 Para más información ver <http://portal.salud.gob.mx/contenidos/hospitales/hospitales.html>

cionales, como el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), que en 2006 señaló que "observa con preocupación que, pese al programa Seguro Popular, aproximadamente la mitad de la población del Estado Parte no tiene derecho a la seguridad social ni a la asistencia social", por lo que exhorta al gobierno mexicano "a que adopte todas las medidas necesarias para prestar asistencia social a quienes carecen actualmente de toda protección, con miras a permitir que las personas y las familias en situación de necesidad, incluidos los trabajadores del sector no estructurado y otros individuos y familias desfavorecidos y marginados, vivan una vida digna". Sin embargo el Estado mexicano se ha caracterizado por una falta de voluntad política para aplicar una política que permita mejorar el acceso y disfrute del derecho humano a la salud.

Asimismo, y en virtud de las modificaciones que desde 1997 se han venido realizando a los sistemas de seguridad social en nuestro país, el comité DESC en mayo de 2006 recomendó a nuestro país, que evaluara con detenimiento las modificaciones propuestas del sistema de jubilación vigente mediante la Ley relativa al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, así como las modificaciones futuras de otros sistemas de seguridad social, para cerciorarse de que dichas modificaciones no traigan consigo una inseguridad en el trabajo para los futuros jubilados, ni una disminución de la cuantía de sus futuras pensiones que les impida disfrutar de un nivel de vida adecuado.

Situación del Derecho a la Salud y la seguridad social

Como es sabido, en diciembre de 1995 es aprobada la reforma a la Ley del Seguro Social, con vigencia a partir de julio de 1997. La justificación de la reforma fue la existencia de una crisis financiera dentro del instituto que requería una solución inmediata. Las variables que se consideraron entonces fueron la existencia de una transición epidemiológica y la transición demográfica, es decir, la población mexicana estaba pasando, por un lado, de las enfermedades infecto-contagiosas a las de tipo crónico-degenerativo, y por el otro se dijo que la población estaba pasando de una mayoría de jóvenes a una mayoría de ancianos, ambas situaciones incrementaban los costos de la seguridad social y por lo tanto la condenaban a ser inviable en el futuro.

Una vez complementada la reforma a la Ley del Seguro Social, el 28 de marzo de 2007, los diputados del PAN, PRI y PVEM, aprobaron la propuesta de reforma a la Ley del ISSSTE elaborada en noviembre de 2006 por Joel Ayala y Elba Esther Gordillo. De esta manera se completó uno de los paquetes de reformas sugeridos a nuestro sistema de seguridad social por parte del Fondo Monetario Internacional (FMI), Banco Mundial (BM) y OCDE con el supuesto fin de incentivar la inversión privada en el país a un bajo costo laboral y reducir la supuesta carga económica que tenía el instituto derivada del pasivo laboral (jubilados y pensionados). Completadas las reformas al IMSS y al ISSSTE, se presenta una nueva amenaza para los derechos contemplados dentro de la seguridad social incluido el derecho a la salud.

Hasta ahora se ha logrado privatizar uno de los pilares de este derecho que son las pensiones, pero queda pendiente continuar con la privatización del segundo pilar que es la salud. De esta manera y según lo que se señala en el Informe sobre la situación financiera del IMSS, los seguros que ahora presentan problemas de financiamiento son Enfermedades y Maternidad (SEM), Guarderías y Prestaciones Sociales (GPS) y Salud para la Familia (SSF), que registrarán pérdidas consecutivas a partir de 2007 y hasta 2009⁵, por esta razón, señala el informe, "el IMSS enfrenta la inaplazable tarea de renovar y adaptar su modelo de atención médica para brindarle mayor flexibilidad con la combinación de opciones, tanto a nivel nacional, como dentro de cada delegación. Para ello se diseñarán esquemas que, manteniendo la rectoría sobre los procesos médicos, se puedan subrogar determinados servicios con otros proveedores, tanto públicos como privados"⁶, nuevamente las variables de envejecimiento poblacional y la transición de la epidemiología hacia enfermedades crónico-degenerativas, son consideradas como las causas de la crisis de estos seguros, además del crecimiento del precio de los tratamientos médicos muy por encima de la inflación general, pero no se considera que, debido a la subrogación de servicios y reversión de cuotas⁷, aprobadas en la reforma de 1995, se registró una pérdida

5 Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social, 2006-2007, p.xix.

6 Idem, p. xiii.

7 Luisa Mossot, profesora de la UAM Xochimilco, señala que la reversión de cuotas consiste en que el IMSS recoge las cotizaciones relativas a enfermedad y maternidad y en lugar de dejarlas dentro de este ramo, las transfieren a las empresas, para que éstas, a su vez, contraten servicios médicos privados o los otorguen, esto quiere decir que los recursos se transfieren al sector privado de la medicina y dejan de ingresar al IMSS. Letra S, 01 de octubre de 1998.

de recursos que provocó un debilitamiento del presupuesto destinado a salud, además de que la cuota fijada con dicha reforma, resultó insuficiente como para financiar al SEM8, lo que llevó al deterioro de las instalaciones y por lo tanto de los servicios. De esta manera se dio inicio a la privatización del SEM brindado por el Instituto.

Es importante considerar que a la par de la modificación a la Ley del Seguro Social, en 1995 se llevó a acabo la Reforma del Sector Salud, basada en la descentralización y federalización de las funciones de la Secretaria de Salud, pero que también impactó en los servicios de salud otorgados por el IMSS y el ISSSTE. Esto ha provocado una "falta de integración operativa y de infraestructura de los servicios de las distintas instituciones públicas, que generan duplicidades y una alta ineficiencia en el uso de los recursos, pero también discriminación en la atención, sobre todo de la población no derechohabiente. Los procesos de descentralización y la emergencia de un sector privado de administradoras de seguros de salud, profundiza la fragmentación y segmentación de la oferta de servicios de salud a la población y por lo tanto la desigualdad en la satisfacción del derechos a la salud de la población"⁹. Pero no solo eso, desde 1995, el sistema de salud atraviesa por un proceso de deterioro de la calidad de los servicios que ofrece, esto con motivo de la reducción al presupuesto¹⁰ del que fue objeto, lo que ha dado origen a "la privatización selectiva de los servicios de salud, es decir, de aquellos que resultan más rentables para el capital privado, conservando como responsabilidad del Estado los servicios menos rentables y dirigidos a la población más pobre pero con una tendencia a disminuir la inversión, restringiendo los servicios que se incluyen"¹¹, esta situación rompe con los principios de universalidad, gratuidad y solidaridad social establecidos en los artículos 35 y 36 de la Ley General de Salud además de ser una clara violación al derecho humano al nivel más alto de salud física y

mental reconocido en el artículo 12 del PIDESC, firmado y ratificado por México.

En el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, para continuar con el proceso de privatización selectiva del derecho a la salud, la actual administración de la misma manera en que se hizo para la seguridad social, pinta un panorama desolador para el Sistema Nacional de Salud, basando nuevamente los desafíos que enfrenta, en la transición demográfica y la desigualdad económica, las muertes por enfermedades no transmisibles, los padecimientos asociados a una larga vida –como la diabetes y la hipertensión–, así como las lesiones por accidentes o violencia, padecimientos que señala, son complejos y de tratamiento costoso.

Al respecto la OCDE ha recomendado a sus Estados miembro¹², reducir el gasto público en salud, reforzar los controles administrativos en el sector, analizar la posibilidad de transferir parte de los costos médicos a los usuarios y privilegiar una mayor participación de la medicina privada en la atención a los habitantes. Esta situación, sumada a lo señalado anteriormente, nos puede dar una idea de lo que sucederá con el derecho a la salud no solo en el Sistema Nacional de Salud, también en el SEM del IMSS e ISSSTE. El seguro popular ejemplifica claramente los cambios que ha presentado la salud tanto en el sistema de seguridad social como en el sector salud. Como lo hemos señalado anteriormente, el seguro de salud derivado del esquema de seguridad social se financia de manera tripartita (estado-patrón-trabajador) y los problemas que hoy presenta responden más a la falta de creación de empleos estables, evasión de cuotas obrero-patronales, disminución de presupuesto y reformas que han terminado por desfinanciar dicho seguro. Por su parte los servicios de salud proporcionados por la Secretaria de Salud se financian con presupuesto directo y a través de la fijación de cuotas de recuperación en las que se considera el costo de los servicios y las condiciones socioeconómicas del usuario, hoy este servicio se ha visto golpeado por la disminución del presupuesto que se le destinaba (actualmente se destina cerca del 2.8% del PIB), además de que el cambio en el mundo del trabajo ha incrementado el número de personas sin acceso a la seguridad social y que por lo tanto, demanda mayores servicios del sector salud o de empresas privadas.

Seguro Popular

El seguro popular fue creado como una supuesta

8 La cuota patronal pasó de 8.5% sobre el salario del trabajador a sólo 6.8% sobre tres salarios mínimos, a 2.12% sobre 10 salarios mínimos y a 1.60% sobre 25 salarios mínimos, la cuota que el Gobierno Federal debe pagar pasó de 5% a cerca del 30%.

9 Informe Alternativo al IV Informe Periódico del Estado Mexicano sobre la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales 1997-2006, p. 59

10 De acuerdo con datos obtenidos del Plan Nacional de Salud 2007-2012, actualmente México destina apenas un 6.5% del PIB a salud, quedando muy por debajo de lo que destinan otros países de América Latina como Argentina que destina un 8.9%, Brasil y Colombia 7.6% y Uruguay 9.8%.

11 Informe Alternativo al IV Informe Periódico del Estado Mexicano sobre la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales 1997-2006, p. 59

12 Ver Rumbo a sistemas de salud de alto rendimiento, estudio realizado por la OCDE durante 2004.

solución a la problemática de Sistema Nacional de Salud además de que con él se iba a aminorar el gasto de "millones de familias" que carecen de servicios de salud derivados del sistema de seguridad social. Comenzó como un programa de gobierno en 2001 durante el sexenio de Vicente Fox; para 2003 es reformada la Ley General de Salud y el seguro popular deja de ser un programa de gobierno para establecerse como una política de salud legalmente establecida. Con esta reforma el sistema de financiamiento del sector salud sufrió un cambio considerable, ya que deja de basarse en la fijación de cuotas de recuperación –que de por sí iban contra el principio de gratuidad–, para implementarse la "cultura del prepago" en los beneficios del sector público de salud. La cuota que las familias tienen que pagar para poder tener acceso a los servicios de salud van aproximadamente de \$600, para el decil III, a \$10, 000, para el decil X, mientras que los deciles I y II quedan exentos de pago, pero si las familias dejan de cubrir sus pagos, pierden el derecho a la asistencia médica, hasta en tanto vuelvan a realizarlo¹³.

Según lo señalado en el PND 2007-2012, uno de los supuestos objetivos es "evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud mediante el aseguramiento médico universal", por lo que se plantea el acceso de la población con mayores carencias a los servicios públicos de salud promoviendo su incorporación al Seguro Popular, a los programas para no asegurados de que disponen la Secretaría de Salud y el IMSS. Sin embargo parece ser, de acuerdo con las cifras manejadas por el INEGI, que esta apreciación resulta un tanto errada, ya que como se señala en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH-2006), el 24.4% de los ingresos en los hogares se destina a la compra de alimentos, bebidas y tabaco, el 18.9% a transporte y combustible para vehículos, el 15.5% a educación y esparcimiento y apenas el 4.1% se destina para el cuidado de salud. Como se puede ver la salud no es la razón del empobrecimiento de la población en México, como tampoco lo es el gasto en alimentos, no lo es si consideramos que la desigualdad que existe en el ingreso de las familias, de esta manera, el decil I apenas tiene el 1.8%

de la riqueza total que se genera en la sociedad, mientras que el decil X tiene el 35.7%, es decir, existe una diferencia de 33.9% entre el decil más pobre y el decil más rico.

Por otra parte, ni el PND ni el Informe realizado por el IMSS, señalan que el Seguro Popular ha implicado una sobre carga para los trabajadores del Instituto, del ISSSTE y de Salubridad, ya que hasta la fecha, no cuenta con infraestructura ni personal propio para atender a su población (poco más de 5 millones 100 mil familias en todo país), a la que se suma la población captada mediante el Seguro Universal para los niños nacidos a partir del 2007. Este último además resulta ser una medida discriminatoria en perjuicio de las generaciones nacidas antes de 2007, y que, como el Seguro Popular, impide el fortalecimiento de los sistemas de salud y de seguridad social para que proporcionen servicios de calidad a todos los mexicanos sin discriminación alguna.

Conclusiones

Es urgente replantear el actual modelo económico que prevalece en el país, el cual ha dado como resultado una considerable crisis a los sistemas de seguridad social y de salud. A partir de esto es necesario repensar las políticas en seguridad social y salud que actualmente implementa el Gobierno Federal, las cuales han dado como resultado una reducción considerable en el presupuesto que se destina a salud teniendo como consecuencia que aún exista un considerable número de personas que se encuentren excluidas del acceso al derecho. Lo ideal sería pensar en un sistema universal de seguridad social, que garantizara a todos, sin discriminación de los no asalariados, el acceso a la salud, así como a otros derechos que la misma contempla como jubilación, seguro por desempleo, incapacidades, guarderías, entre otros.

Es urgente volver a pensar el contenido del derecho a la salud, partiendo de que es un derecho público y gratuito; rescatar su naturaleza nos permitirá evitar su mercantilización y consecuente privatización, de no ser así, se estaría condenando a cerca de 40 millones de personas que hoy viven en pobreza a que quedaran excluidos de este derecho.

Así mismo que la población conozca sus derechos para que exija el respeto y cumplimiento de los mismos. Recordemos que para los Gobiernos en el mundo es mejor que los derechos no sean exigidos, ya que derecho que no se exige, es un derecho que con el transcurso del tiempo está condenado a desaparecer. ☐

13 Ramón Chaparro. El Diario, 16 de septiembre de 2007. Las autoridades de Seguro Popular (SP) en el estado de Chihuahua, hicieron un llamado a la población derechohabiente a que cubra el costo del servicio, según en el rubro en el que fueron clasificados, de lo contrario perdería el derecho a ser atendida. Guadalupe Vázquez Corral, coordinadora del SP en la entidad, dijo que la población contributiva del SP deberá pagar antes que termine el presente mes para no quedar fuera de este esquema médico.

Terapéuticas Alternativas y Complementarias: urgencia de un cambio de Paradigma

Reflexiones del Dr. Ángel Salas Cuevas*

Omar David Gutiérrez Bautista
Equipo Christus

El Equipo Christus ha recurrido a las reflexiones del Dr. Ángel Salas Cuevas que ha querido hacer una crítica del sistema de salud imperante para enmarcar el debate en que se encuentran las experiencias y reflexiones que hemos presentado en este Cuaderno.

El Dr. Ángel Salas Cuevas, en su trabajo ¿Por qué las terapéuticas alternativas? propone así el estado de la salud en el mundo:

De esta manera la humanidad, al proponer y aceptar la tesis de la inclusión de las terapéuticas alternativas en la salud pública, realmente está proponiendo, en bases socioeconómicas, un cambio de paradigma, sin precedente en la historia de la medicina¹.

El cambio de Paradigma causado por el drama de la humanidad

Para el Dr. Salas es crucial la actitud que tomó la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace 30 años, con las proposiciones de Bei-Jing y de Alma Atá con la que se argumentaba la necesidad social, de carácter internacional, de una revisión de la actitud de la sociedad ante las Terapéuticas Alternativas y Complementarias, para su reconocimiento y aplicación en todo el mundo. Tal actitud de la OMS se basa, en opinión del Dr. Salas, en la "urgencia de mejorar la extrema marginalidad de la salud de muchos



pueblos y en ellos de subpoblaciones marginadas económicamente..."

El enfoque de «cambio de paradigma», que nos refiere a la concepción de Th. Kuhn sobre las transformaciones totales de las culturas, cosmovisiones y métodos científicos, surge precisamente de la situación de la humanidad: el drama de supervivencia tanto en la salud como en las demás necesidades básicas de la mayoría de la población mundial.

El Dr. Salas comenta: "todas las demás terapias [alternativas], las que a menudo y desde este tiempo se denominan genéricamente medicinas no científicas, históricas, tradicionales, mágico-religiosas y hasta de francos fraudes, (...) sin embargo siguieron curando, a veces por tolerarlas las autoridades sanitarias de los países, habida cuenta de que la población se educó en ellas y las ha ocupado desde tiempo inmemorial y desde luego las ocupó, las ocupa y las seguirá ocupando..."

* Doctor en Ciencias, Miembro del Consejo Asesor Permanente y Coordinador del Área de Enseñanza e Investigación del Grupo Fractus-Bioenergética de las Terapéuticas Complementarias, AC; Becario de The Spanish Foundation. Miembro del Consejo Nacional de Medicina Alternativa del IMSS.

1 Las referencias que hacemos de las reflexiones e investigaciones del Dr. Salas son del documento ¿Por qué las terapéuticas alternativas? Mimeo. México, 2008, que el mismo Dr. Salas hizo llegar amablemente a la Redacción de Christus.

Podemos decir con esto, que el cambio de paradigma reside en la urgencia de supervivencia de la humanidad que pone en tela de juicio a la medicina hegemónica y alopática. Es un hecho que esta medicina, aun reconociendo sus grandes avances y contribución a la salud, ha fracasado en su único y primordial fin: el bienestar general de la humanidad. Sólo una minoría se beneficia realmente de ella. Y la medicina alternativa sigue su curso y sigue creciendo.

Asimismo, es importante atender la concepción que hace el Dr. Salas de estos tipos de medicinas:

"Digamos que las medicinas o más bien, terapéuticas² alternativas, paralelas, complementarias, suplementarias y varios otros sinónimos, eran, son y seguirán siendo una constelación de técnicas a las que así llamaremos de modo genérico (...) y cuyo origen se pierde en los tiempos; fueron diferentes de las llamadas medicinas de patente; de la que a veces llamaremos medicina hegemónica o simplemente medicina alopática". El Dr. Salas aclara que la medicina alopática fue llamada así originalmente por los homeópatas.

Además, señala que las terapias alternativas: 1. Son originales de todos los continentes; 2. Se generaron a lo largo de la historia de la humanidad; 3. Se aplican en comunidades urbanas y rurales. 4. Se administran a la especie humana, a otras especies animales y a plantas domésticas y silvestres. 5. No son europeizantes, ni occidentalizantes, aunque pudieran ser orientalizantes. 6. Muchas de ellas se originaron y preservaron en Asia. 7. En la segunda mitad del siglo XX se empezaron a exportar en forma masiva a Europa y América, donde se les ha impedido figurar en la formación básica oficial de los recursos humanos para la salud.

La terapéutica hegemónica... demasiado joven

El Dr. Salas comenta que "esta medicina alopática o medicina de patente, aún llamada medicina científica, ocupa un lugar hegemónico en el mundo y en nuestro país; baste pensar que en todo el mundo las materias de clínica que se imparten en las facultades y escuelas de medicina, además de

la medicina veterinaria y aun las de agronomía, se imparten en base al enfoque alopático.

Y así se desarrolló este punto de vista, quizá desde los tiempos de la Primera Guerra Mundial, como punto de vista biologicista y que se basa en el postulado de Amadeo Avogadro del año 1811 (...)."³

Fue hasta unos 130 años después, continúa Salas, que este postulado permitió a Compton y Millikan (1930) medir exactamente la cantidad de partículas, átomos, iones o moléculas, presentes en la materia, (...) y así poder prescribir los diferentes medicamentos en las cantidades que aconsejaba el enfoque biologicista de la medicina, desarrollado a mediados del siglo XIX por Pasteur y Koch. Formalizado este enfoque en el Siglo XX, la alopátia se ha llamado científica y desde ese tiempo se transforma en terapéutica hegemónica que instaura una gran industria llamada farmacéutica que domina los mercados marginando a todas las demás terapias.

Así pues, el Dr. Salas considera que la terapéutica hegemónica o alopátia ha sido hasta estas fechas el único recurso terapéutico, la única vertiente de curación, el único punto de vista que se acepta y que se enseña. Además, en base a ella se han elaborado todas las leyes y reglamentos de salud pública, de educación, de investigación científica, de industria, de comercio y de trabajo. Por lo cual es urgente, desde el cambio de paradigma, actualizar:

a) Las normas del derecho a la salud y la infraestructura jurídica en educación e investigación científica biomédica, en la producción masiva de medicamentos y equipamientos.

b) Actualizar los fundamentos científicos de las terapéuticas alternativas, no porque sean erróneos -por supuesto que curaron, curan y seguirán curando-, sino para que tengan expresión en las bases biológicas, físicas y químicas y sociales que expliquen su acción curativa⁴. ☐

2 El Dr. Salas explica que el término «terapéutica» es aplicado a las técnicas aplicadas en la medicina correctiva distinguiendo de los aspectos preventivos de los padecimientos.

3 Apoyándose en la teoría atómica de John Dalton y la ley de Gay-Lussac sobre los vectores de movimiento en la molécula, Avogadro descubre que dos volúmenes iguales de gases diferentes, en las mismas condiciones de presión y temperatura, contienen el mismo número de moléculas.

4 Con el obvio cuidado de evitar su control hegemónico, como ya está sucediendo con la patentización globalizante de recursos tradicionales como el caso del Nim.

Medicina tradicional indígena, agresiones y desafíos actuales

Abad Cruz del Ángel

cenamisa@terra.com.mx

Centro Nacional de Ayuda a las Misiones Indígenas (CENAMI)

Área de salud comunitaria

Introducción

La medicina tradicional propia de los pueblos indígenas, tanto en sus formas como en los que la ejercen, mantiene una vigencia y una práctica en la vida cotidiana de las comunidades, a pesar de las grandes dificultades que le ha tocado enfrentar social y religiosamente. Esta permanencia se vive y se expresa en la sabiduría y práctica de los sabios y sabias, ancianos y ancianas y servidores y servidoras de los pueblos, a través de sus ceremonias comunitarias y terapias curativas que buscan la salud del pueblo. La medicina tradicional va más allá de lo curativo, puesto que tiene que ver con el sentido cultural, social y religioso de las comunidades. Actualmente la medicina tradicional como recursos y conocimientos son la alternativa que tienen los pueblos para enfrentar los graves problemas de salud que padecen.

Medicina y salud en el pensamiento indígena

El pensamiento de los pueblos indígenas en cuanto a los conceptos de medicina y salud son

más amplios que el pensamiento occidental. Medicina y salud forman parte integral de un sistema que parte del conocimiento, organización y experiencia que viven las comunidades para la custodia de la vida. El estado de salud no se reduce al bienestar físico de personas; más bien se refiere a la armonía y equilibrio físico, mental y espiritual, personal y comunitario que debe de existir con todo y en todo. Por esta razón los médicos y las médicas tradicionales cumplen con el papel de ser intermediarios en el proceso de armonización Dios-Hombre-Naturaleza.

Medicina tradicional en los pueblos indígenas

Hablar de la medicina tradicional en los pueblos indígenas es hablar de la vida, de su fuerza, de su importancia y del lugar que ocupa en nuestros pueblos. La medicina tradicional propia está ampliamente vinculada a la vida y cosmovisión del mundo indígena, no es una práctica idólatra ni satánica, (como muchas veces infundadamente se ha juzgado por miembros de la civilización occidental) es una práctica para la vida que se sustenta en el sentido organizativo propio de los pueblos. Comunidades, organizaciones, médicos y médicas tradicionales y grupos indígenas han realizado algunas definiciones sobre los principios de la medicina tradicional propia que a continuación compartimos:

Comunitaria. Es de todos y todas y corresponde a todos y todas; no es de poder ni dominio, es un bien común. Al dejar de ser comunitaria, rompe su sentido y se convierte en mercancía Sagrada. Esta relaciona con Dios, es decir la vida proviene de Dios y termina en Dios, tiene un significado profundo para nuestros abuelos y abuelas.



Religioso. Es parte del sentido religioso de los pueblos, porque da la oportunidad de vivir la experiencia de Dios en el servicio y la lucha por la salud y la vida; es también la expresión de la religiosidad popular que viven los pueblos.

Cultural. Le da sentido a la vida, forma parte de la identidad indígena, es su herencia, forma parte de su historia que ha mantenido siempre.

Curativa. En equilibrio y armonía da la salud a las personas y a los pueblos.

Solidaria. Es compartida con todas las culturas y creencias, con todas las personas y todos los pueblos.

Integral. Toma en cuenta los aspectos de la vida personal y comunitaria, la economía, la familia, la educación, el mundo, la sexualidad, la prevención, el medio ambiente, la producción, la fiesta, la mente, el cuerpo, la muerte y el espíritu.

Humana. No discrimina, ni agrede a la persona, toma en cuenta el derecho a la vida y a la salud.

Estos principios hacen de la medicina tradicional indígena una forma de ser pueblo. Lamentablemente por diferentes circunstancias estos conceptos están siendo debilitados al interno de los pueblos.

Medicinas tradicionales terapéuticas

Dentro de la medicina tradicional indígena existe una diversidad de prácticas y especialidades que son las diferentes formas de curar, de acuerdo a las enfermedades, a los tiempos, a las creencias y a la sabiduría de los antepasados. Por ejemplo: dentro de las especialidades están los parteros y las parteras, los hueseros y las hueseras, los sopladores y sopladoras¹, los ensalmadores y ensalmadoras², los rezadores y rezadoras, los pulsadores y pulsadoras³, los yerberos y yerberas, los sobadores y sobadoras, los gra-

niceros y graniceras⁴ y otros muchos. Su prácticas se relacionan con los barridos, oraciones, mandas, diagnóstico con el maíz, vela, alumbre⁵, hongos, sueños, plantas medicinales, ayunos, cataplasmas, baños y ofrendas. Esta gran riqueza en recursos naturales y en conocimientos de medicina tradicional que poseen los pueblos indígenas son una alternativa que algunos procesos pastorales y organizaciones sociales están impulsando mediante programas y proyectos comunitarios para su recuperación conservación y fortalecimiento de la misma.

Es muy importante señalar que la recuperación de la medicina tradicional de los pueblos indígenas no ha de hacerse sólo como si se tratara de terapias dentro de un conjunto de alternativas curativas occidentales, como es una moda de la medicina actual; sino más bien en sus sentidos amplios que tiene en la vida de la comunidad a partir de su visión integral propia.

Agresiones actuales a la medicina indígena

Durante mucho tiempo la medicina tradicional indígena ha sido marginada y opacada por un sector de la sociedad y de la iglesia que no han visto con buenos ojos esta forma de curarse y de ejercerla que tienen los pueblos indígenas. En los últimos años los recursos y territorios de los pueblos indígenas se ven seriamente amenazados por las empresas, el mercado de la globalización y las nuevas legislaciones gubernamentales, estas amenazas están también sobre la riqueza de recursos y conocimientos de las comunidades indígenas, relacionados a la medicina tradicional.

Dentro de estas agresiones ponemos algunos ejemplos:

La biopiratería sobre plantas y conocimientos de los pueblos indígenas, que empresas farmacéuticas transnacionales y nacionales y centros de investigación están realizando en las comunidades con fines comerciales para su beneficio propio y del mercado. A esto los indígenas le llaman el robo de la vida.

1 Son los que procuran la curación de aquellas afecciones que, dentro del marco cultural propio, han sido diagnosticadas como «espanto», «susto», etc.

2 Su campo propio lo constituyen las limpias y barridos; también la curación de «espanto», «caída de mollera», etc.

3 Son personas capaces de efectuar diagnósticos a través de la palpación del pulso de las personas.

4 Son los expertos y expertas en analizar y predecir los cambios climáticos.

5 Alumbre es un tipo de piedra que utilizan los médicos y médicas tradicionales para prácticas terapéuticas.

Las patentes que estas mismas empresas y centros de investigación están registrando sobre las semillas, plantas medicinales, minerales y conocimientos de las comunidades que son la forma de apropiarse y hacerse dueños del conocimiento milenario y de los recursos comunitarios que tienen los pueblos para vivir.

La legislación de la medicina tradicional y de los y las médicos tradicionales por parte del Estado que sólo busca controlar y manipular el ejercicio de la medicina propia, quitando con esto a las comunidades la capacidad y fuerza para decidir sobre su medicina y sobre sus médicos y médicas tradicionales, puesto que son ellas mismas quienes valoran y determinan a sus médicos y médicas a partir de su servicio en la comunidad.

Estas acciones están atentando gravemente contra la vida y la soberanía de los pueblos para seguir manteniendo el acceso y aprovechamiento de sus propios recursos para su salud y autonomía.

Los nuevos desafíos de la medicina tradicional indígena

Frente a esta realidad que viven hoy los pueblos indígenas sobre su medicina propia, sabiendo lo que está en riesgo para el futuro de las comunidades: ¿Qué nos toca hacer como sociedad a favor de la medicina propia de los pueblos? ¿Qué nos toca hacer como iglesia para favorecer esta forma de vida de las comunidades? ¿Qué nos toca hacer a los pueblos indígenas para seguir conservando nuestros conocimientos y recursos para vivir? Las respuestas a estas preguntas son un nuevo desafío que tenemos que trabajar desde los diferentes sectores de la sociedad para contribuir a la vida de la gente. Algunos procesos sociales y pastorales ya están en marcha organizando servicios de vida y curación para sus pueblos, llevando adelante también estrategias de trabajo comunitario a favor de la defensa y fortalecimiento de la medicina propia de las comunidades. ☞



Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud

J. A. Haro Encinas

(Reproducimos a continuación unos fragmentos del artículo de J. A. Haro Encinas, Cuidados profanos: Una dimensión ambigua en la atención de la salud. Capítulo 6 del libro de E. Perdiguer y J.M. Comelles, eds., Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina, Barcelona, Ediciones Bellaterra, Serie General Universitaria 8, pp. 101-161. N. de la R.)

Definiciones sobre los saberes y las prácticas: autocuidado, autoatención y autoayuda

El cuidado lego consiste en todas aquellas actividades sanitarias y asistenciales que no son efectuadas por profesionales de la salud y que, por lo tanto, se diferencian tanto de la atención médica profesional como de las formas alternativas. Comprende un nivel de autocuidado, referido al individuo y a sus prácticas domésticas cotidianas de promoción de la salud, para diferenciarlo de la autoatención, que implica las conductas activadas en caso de ruptura del bienestar; aunque ocurren típicamente a nivel doméstico, están siempre mediadas por el influjo sociocultural y activan generalmente el concurso de diversas redes sociales informales, ya que la dinámica de lo doméstico especialmente en lo que ha salud se refiere no es precisamente un coto cerrado. Autoayuda sería otro ámbito de definición diferenciado de las redes sociales difusas para referirse a iniciativas civiles organizadas en las que rige un carácter autogestionario, institucionalizado al margen de los organismos médicos profesionales y gubernamentales.

Autoatención y autoayuda: ¿complementarios o antagonistas de la Medicina profesional?

Desde la práctica médica suelen presentarse tres actitudes diferentes respecto al ámbito del cuidado lego:

1) En primer término, quienes suponen que es irrelevante para la salud puesto que según esta



visión no sería frecuente el uso de medidas "folklóricas" previas o coadyuvantes, o que en todo caso serían inocuas;

2) Una segunda posición que considera que constituye una fuente de problemas porque retrasa la atención profesional y ocasiona efectos nocivos por un mal diagnóstico o una posología incorrecta y,

3) Pensar que es sólo un recurso a instrumentar para justificar la contracción del papel asistencial del Estado.

En el primer caso, hay que señalar los aportes de investigaciones realizadas que versan sobre la existencia estructural de la dimensión de la autoatención, documentando la prevalencia y eficacia de los cuidados no profesionales, así como testimoniando el carácter sincrético de las prácticas populares de salud. Asimismo,

merece destacarse que la mayoría de las investigaciones realizadas ponen de manifiesto que la autoatención representa una opción bastante significativa tanto en el medio rural como urbano.

De la segunda actitud crítica de la medicina respecto al cuidado lego merece destacarse que su competencia ha sido quizá menos puesta en tela de juicio que la misma medicina profesional, debido a los numerosos efectos iatrogénicos que ésta conlleva, y, especialmente, porque la resolución de trastornos leves a nivel doméstico lejos de generar problemas es una importante fuente de descarga de tareas, para las que la medicina no tendría capacidad de satisfacer, si consideramos la demanda de atención que merecerían todos los síntomas que experimenta una población.

La intención intervencionista de la medicina hegemónica, frente a posturas más conservadoras de permitir la autolimitación de ciertos procesos morbosos, resulta cuestionada con frecuencia debido a los efectos secundarios y iatrogénicos de los medicamentos sintéticos y de diversos procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Sin embargo, hay que subrayar el hecho de que la actual profesión médica está configurada de forma muy heterogénea, de acuerdo con la división en especialidades, algunas de las cuales son más "intervencionistas" y tecnológicamente complejas, mientras que a otras no les queda más remedio que "acompañar" procesos ofreciendo paliativos y rehabilitadores parciales.

De la tercera actitud puede decirse que, como han enfatizado las ciencias sociales, la atención a la salud tiene una dimensión de trascendencia no solamente epidemiológica, sino también cultural y política, motivo por el cual el recurso a la autoatención y la autoayuda representa en sí mismo un eje difícil de articulación, puesto que su misma existencia cuestiona la pertinencia del Estado del bienestar, como demuestra el hecho de que los mecanismos participativos y los procedimientos de autoayuda tiendan a ser sistemáticamente afiliados por los sistemas convencionales de salud o por otros aparatos técnicos-ideológicos, y que la problemática sanitaria

esté presente en la actualidad en la agenda política de cualquier sociedad.

El cuidado de la salud, lejos de ser un asunto meramente técnico, se encuentra cargado de contenidos políticos, ideológicos y simbólicos. La historia de estos "descubrimientos" conforma la trayectoria de los aportes realizados al tema por parte principalmente de la antropología y la sociología médicas, encargadas de la tarea de estudiar las dimensiones negadas del cuidado lego por parte de las ciencias médicas.

La forma en que las diferentes formas de atención a la salud se complementan y solapan en episodios concretos de enfermedad ha sido destacada en la literatura como la "carrera o trayectoria del enfermo" (Sickness career). Es un concepto análogo a la historia natural de la enfermedad epidemiológica pero, a diferencia de ésta, incorpora el proceso de atención tornándolo social y cultural al hacerlo operar tanto dentro de los límites de la enfermedad (disease) como del padecimiento (illness), distinción que constituye un aporte relevante de la antropología para el estudio sociocultural de la epidemiología y de los procesos asistenciales.

Esta distinción atañe a la experiencia "subjetiva" (Eisenberg, 1977) o "intersubjetiva" (Fábrega, 1978) de un trastorno de salud y a su reconocimiento "objetivo" por parte de la ciencia médica. Es análoga a la forma en que un síntoma deviene en un signo para el clínico. Para Young (1982), hay que distinguir además una dimensión para trastornos menos precisos, que correspondería a la definición de malestares o causas de aflicción menos consensuadas (sickness), que aludiría al proceso mediante el cual una determinada "patología" se vuelve socialmente aceptada "...por el cual a conductas preocupantes y a signos biológicos, particularmente aquellos originados por enfermedad (disease), se les da un significado reconocido socialmente. Es un proceso para socializar enfermedad y padecimiento". Para Twadle (1981), sickness es el resultado de ser definido por otros como "no saludable" y resulta de la propia incapacidad para enfrentarse a las obligaciones sociales.



La percepción de signos y síntomas es precisamente la primera etapa de un itinerario que determina cursos de acción en base a las propias experiencias previas o a las sociales y que se construye socioculturalmente; por lo tanto, representa una carrera moral según Goffman (1951), en tanto que redefine sus relaciones y modifica su identidad. Se compone de un itinerario de secuencias de atención en las que son tomadas varias decisiones relacionadas con el carácter contextual en el que ocurre un episodio de enfermedad: la gravedad percibida, el costo de la búsqueda de atención, la evaluación de diversas alternativas y otros aspectos implicados.

Dean (1996), ha señalado la necesidad de analizar los procesos de autoatención de acuerdo con los diversos factores que se incluyen en esta toma de decisiones, entre ellos: el estrato social, la fase del ciclo de vida, los roles sexuales, el nivel educativo y otros más, pues según diversos estudios efectuados se ha demostrado que no existen pautas generales, sino episodios particulares, evidenciando una serie de etapas o pasos que suelen escapar a la mirada clínica porque son ocultados por los pacientes o subestimados por los profesionales, quienes no los consideran relevan-

tes como datos clínicos o epidemiológicos, a pesar de que la complejidad que asumen en la práctica los procesos asistenciales concretos ha sido referida en estudios etnográficos de casos (Young, 1980). ☐

Bibliografía citada:

- Dean, K. (1989), "Conceptual, theoretical and methodological issues in self-care research", *Social Science & Medicine*, 29 (2), pp. 117-123.
- Eisenberg, L. (1977), "Disease and illness", *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1, pp. 9-23.
- Fabrega, H. (1978), "Ethnomedicine and medical science", *Medical Anthropology*, 2 (2), pp. 11-24.
- Goffman, E. (1981) [1951], *Internados*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Young, A. (1982), "The anthropologies of illness and sickness", *Annual Review of Anthropology*, 11, pp. 257-283.
- Twadle, A. (1981), "Sickness and the sickness career: some implications" en L. Eisenberg y A. Kleinman, eds., *The relevance of social science to medicine*, Reidel, Dordrecht.

(Sitio: <http://www.colson.edu.mx/absolutenm/articlefiles/955-Haro%20-%20Cuidados%20profanos.pdf>)

La salud que los hombres anhelan

Dr. Ezequiel Castillo Solano

*Profesor del Seminario Mayor de Huajuapán de León
México*

Breve introducción

Entre los temas de actualidad que ocupan la atención del hombre, está el tema de la salud tanto del hombre como de la naturaleza, su entorno, su casa. Todos los hombres quieren gozar de buena salud, pues de ésta dependen muchas cosas: el trabajo, la realización de proyectos, planes e ideales. Este deseo se expresa en diferentes niveles, personal y comunitario; pero también es cierto, que se cuida poco de la salud; se va exponiendo a cada momento a ser quebrantada e, incluso, aniquilada.

Haremos aquí tres breves consideraciones: a) la salud como elemento constitutivo de la identidad humana; b) qué debe entenderse por salud; c) la salud como signo de la presencia del reino de Dios, esto es, de la salvación.

I La salud, como componente antropológico del ser humano

1.- Identidad humana.

Comencemos plantándonos una pregunta: ¿Qué es el hombre auténtico y bueno, feliz y libre, según la idea que hoy posee la humanidad vuelta al futuro? ¿Qué es una existencia humana digna de ser vivida? Como puede verse, se trata de la misma identidad del hombre. Él no se contenta con ser, quiere saber lo que él es, sin lo cual no se comprende a sí mismo y le faltaría el sentido de su existencia.

Hoy somos más modestos a la hora de determinar en qué consiste positivamente ser hombre. Es sugestivo a este respecto lo que dice E. Bloch: "el hombre no sabe todavía lo que es, pero sí puede saber lo que, en su condición de ser alienado, no es, y, por consiguiente, no quiere seguir siendo".

La historia nos ofrece algunos intentos por responder a la pregunta sobre la identidad

del hombre; son ensayos que no dejan de ser reduccionistas.

1.1.- Los estructuralistas hablan de estructuras constantes existentes en el fondo de las sociedades humanas, pero nada dicen sobre las características específicas de una sociedad determinada. Tales estructuras no se refieren directamente a la realidad, sino a los modelos que el hombre ha forjado a partir de ella. Es verdad que el estructuralismo ha puesto de manifiesto un aspecto de la realidad humana: que el hombre es un ser que elabora modelos; pero excluye al sujeto humano y, por lo tanto, no ofrece criterio alguno para determinar qué tipo de sociedad responde a la dignidad del hombre.

1.2.- El existencialismo, por otra parte, ha analizado los "existenciales", es decir, las situaciones fundamentales de la vida humana: angustia, desesperación, y esperanza, sufrimiento, muerte y felicidad, caducidad y culpa. Todos estos aspectos son muy importantes en la existencia humana y están relacionados con el problema de la auténtica dignidad del hombre, pero no dan ninguna respuesta. Aquí se dice de qué debemos ser liberados y para qué: para ser felices. Pero ¿cómo?

1.3.- Está, también, la concepción positiva de los valores y normas. Esta puede aclarar, mediante un análisis empírico, qué normas y valores son válidos de hecho en un determinado grupo o sociedad. Tal visión sociológica es importante. Sin embargo, no podemos elevar lo "fáctico", es decir, las normas vigentes de hecho en una sociedad a la categoría de norma universal de comportamiento ético y válido.

2.- Sistema de coordenadas en orden a la identidad humana

Atendiendo a la racionalidad del hombre y a su dimensión histórica constitutiva, sólo la conciencia crítica del hombre puede situarnos en el

camino correcto¹. En este caso, no tenemos por qué recurrir a una concepción estructuralista, positivista o existencialista del ser humano. Debemos recurrir, más bien, a las llamadas constantes antropológicas. Estas nos revelan unos valores humanos, pero somos nosotros quienes hemos de incorporar creativamente sus normas concretas al cambiante proceso de la historia. En otras palabras, esas constantes antropológicas indican, en líneas muy generales, unos impulsos, orientaciones y valores humanos permanentes, pero no nos ofrecen directamente normas o imperativos éticos concretos para llevar a cabo, aquí y ahora, una forma de vida humana auténtica y digna del hombre.

Este sistema de coordenadas antropológicas son en número de seis²: 1.- Corporeidad humana, naturaleza y entorno ecológico; 2.- la convivencia humana; 3.- relación con las estructuras sociales e institucionales; 4.- estructura espacio-temporal de la persona y de la cultura; 5.- relación mutua entre teoría y praxis; 6.- conciencia religiosa y "pararreligiosa" del hombre.

3.- La salud es una constante antropológica

La salud se inscribe, a mi parecer, principalmente, en el primer componente antropológico que dice relación con la corporeidad, la naturaleza y el entorno ecológico, sin desvincularse de las otras coordenadas, puesto que todas ellas como la primera apuntan hacia la única identidad del ser humano. Esto quiere decir que la salud incluye varios aspectos, todos de igual importancia, de tal manera que a la hora de exponer su realidad se tenga una concepción más totalizante de la misma.

El hombre no solamente tiene un cuerpo sino es cuerpo. Esta afirmación anuncia la estrecha relación existente entre la persona humana y su corporeidad ya sea en su vertiente física como psíquica. Relación que se traduce, en nuestra situación concreta, en respeto, cuidado, atención, crecimiento, en una palabra, salud. Se puede hablar, entonces, de un serio compromiso por conocer la propia corporeidad: sus características, sus funciones, sus peligros, sus reacciones, sus estímulos, etc., para tener una adecuada relación que se traduzca en una

deseada salud. Cualquier ignorancia al respecto es una verdadera irresponsabilidad que lamentablemente degenera en enfermedad física o psicológica.

A través de la relación con la propia corporeidad, el ser humano se pone en contacto con el entorno ecológico, con la naturaleza. Cuando la antropología teológica, nos dice que el mundo no se entiende sino desde la perspectiva de Dios comunión interpersonal de amor, se le contempla como una red de relaciones entre todos los seres que lo componen³. Se da una interdependencia en nuestro cosmos. Se está hablando entonces que la salud humana está dependiendo de las condiciones de la naturaleza y de la situación ecológica.

Sabemos de la seria preocupación que existe en nuestros días sobre la crisis ecológica, sobre una naturaleza desgastada y enfermiza que, por consiguiente, está teniendo lamentable repercusiones en la salud de la humanidad. A una crisis ecológica corresponde una desesperanza de la propia supervivencia; a una naturaleza enfermiza, corresponde un ser humano enfermo, falto de salud a la cual tiene derecho.

Lo que hemos dicho nos lleva a la conclusión que nuestra relación con la naturaleza y con nuestra propia corporeidad tiene una serie de límites que debemos respetar si queremos vivir de un modo digno del hombre y si queremos sobrevivir. Lo mismo puede decirse de la limitación física y psíquica de nuestras fuerzas humanas. Aunque no podemos determinar de un modo científico-empírico dónde están exactamente los límites de la mutabilidad, condicionabilidad y resistencia del hombre, en un plano extra-científico estamos seguros de que tales límites son un hecho ineludible.

II Un breve acercamiento al concepto de salud

2.1.- Definiendo la salud

Se han dado muchas definiciones de salud que nosotros bien conocemos. Está, por ejemplo la que ha dado la Organización Mundial de la Salud

1 SCHILLEBEECKX E. Cristo y los cristianos. Gracia y liberación, Cristiandad, Madrid 1982, 714-715.

2 Ibid., 716-726,

3 MOLTMANN J, Dios en la creación, Sígueme, Salamanca 1987, 15-65.



en los siguientes términos: es "el estado perfecto del bienestar corporal, espiritual y social". También se le define como "aquella manera de vivir autónoma, solidaria y alegre". Podríamos continuar con otras definiciones más sobre este campo. Pero según Hans Schaefer, cualquier definición no es prácticamente aplicable ni teóricamente sostenible de todo punto. La razón que aduce es que la salud sólo puede definirse en relación con la enfermedad, y aun aquí sólo de modo que ambos conceptos se excluyan, desde luego, aplicados a un único y mismo individuo, pero quedando entre ambos extremos un amplio espacio indiferente en que el individuo no se siente no enteramente sano ni enfermo todavía⁴.

Un concepto adecuado de salud debe atender a aquel sistema de coordenadas cuyo punto central es la identidad de la persona humana dentro de la cultura social.

2.2.- Componentes de la salud.

En las definiciones de salud que acabamos de presentar, se distinguen algunos componentes:

a.- Salud física: nivel de susceptibilidad a una enfermedad, pero corporal, acuidad/agudeza visual, fuerza, potencia, coordinación, nivel de tolerancia y rapidez de recuperación.

b.- Salud mental/intelectual: la capacidad para mantener relaciones armoniosas con los demás, satisfacer necesidades instintivas potencialmente en conflicto sin lesionar a los demás y ser capaz de participar en las modificaciones positivas de ambiente físico y social.

c.- Salud social: la habilidad de interaccionar bien con la gente y el ambiente, habiendo satisfecho las relaciones interpersonales.

d.- Salud espiritual: creencias y prácticas religiosas. La creencia en una fuerza unificante: para algunos, dicha fuerza será la naturaleza, para otro será las leyes científicas y para otros será la fuerza de Dios.

Como acabamos de ver, la salud es una realidad compleja, comprende muchos aspectos y no podía ser de otra manera sabiendo que la salud forma parte del mundo de relaciones que identifican al ser humano como lo hemos visto en el número anterior.

2.3.- La enfermedad

Para comprender mejor el concepto de salud, hagamos una referencia al extremo opuesto que es la enfermedad. Es una experiencia universal y, por lo tanto, cada uno tendría que dar su propia opinión.

La enfermedad como la salud, es una realidad compleja que incluye varios elementos puesto que afecta al ser humano en su misma identidad. Desde esta perspectiva personalista el concepto de enfermedad se transforma.

Desde hace algunas décadas se ha venido fomentado una estrecha relación entre ética y práctica sanitaria; entre ética y antropología; entre vicisitudes existenciales del cuerpo y ética. Todos estos intentos se orientan a una humanización de la medicina que no se obtiene con el respeto al enfermo o con una actitud filantrópica sino con la introducción del sujeto en la medicina⁵.

4 SCHAEFER H. "Salud" en SM., Herder, Barcelona 1976. 190-196.

5 SPINSANTI S. "Salud, enfermedad, muerte", NDTM, Paulinas, Madrid 1992, 1639-1651.



Es un dato adquirido desde hace tiempo que la medicina moderna elimina el sujeto de la medicina y con esto se reduce la misma antropología. Este hecho sucede cuando la medicina asume el estatuto epistemológico de las ciencias de la naturaleza, en particular, el método de las mismas. Desde entonces se elimina el sujeto tanto de su enfermedad como de la medicina. La humanización de la medicina se propone trasladar a la práctica sanitaria el saber representado por las ciencias humanas. Es la integración orgánica de estas ciencias en el saber sobre el hombre enfermo, convaleciente o moribundo lo que humaniza la medicina. Aparece claro, entonces, que la fecundidad del recurso a la antropología médica está en el concepto de enfermedad, filón central de toda la antropología médica.

Los estudios de antropología aplicados al ámbito sanitario han hecho más explícito el nexo existente entre enfermedad, medicina y cultura. En el repertorio cultural de todo grupo humano existen teorías de la enfermedad, científicas o religiosas, que incluyen la etiología, el diagnóstico, la prognosis y la terapia. Varía cuando varían las culturas, y ninguna puede comprenderse plenamente fuera del contexto cultural. Ante esta perspectiva pluralista choca la concepción de enfermedad ofrecida con procedimiento filosófico-deductivo. En este caso el enfermo no conoce su enfermedad, quien la conoce, el que puede hacer los diagnósticos es el médico por su

competencia que lo acredita. Existe toda una máquina de certezas.

En la reflexión antropológica contemporánea avanza la sospecha de que el saber cierto sobre la enfermedad desarrollado por la medicina científica ejerce una función ideológica. En otras palabras, sirve para mantener la realidad inalterada, en lugar de cambiarla. La práctica de la medicina corriente se apoya en una expropiación de la enfermedad. El enfermo no tiene una relación personal ni con la enfermedad ni con la recuperación de la salud. En resumen, el hombre y su enfermedad son dos realidades radicalmente separadas, unidas por accidentes.

En la antigüedad, buscar las causas de la enfermedad en el horizonte de la naturaleza no equivalía, sin embargo, a una elección de positivismo materialista. A la naturaleza del hombre, precisamente por ser humana, se le atribuían otras dimensiones además de la orgánica: es psíquica, social, espiritual, así como ética. En el ámbito de la medicina fisiológica griega la enfermedad no se considera sólo con el registro de la pasividad, sino también con el de la actividad: el hombre es artífice de su propia enfermedad.

Con motivo de la celebración de la Jornada Mundial del Enfermo, los Papas han expresado su solicitud y solidaridad para con todos los enfermos, animándolos a unirse con Cristo sufriente; muestran su agradecimiento a cuantas personas se dedican al cuidado de los enfermos y los acompañan en su recuperación; exhortan a los hombres de ciencia para que continúen investigando sobre la curación de algunas enfermedades.

III La salud como signo del reino de Dios predicado por Jesús de Nazaret

1.- La esperanza de la humanidad

Nuestro mundo, es un mundo que enferma cada vez más; que va perdiendo sus propias energías; sus ganas de seguir viviendo. Ante la experiencia de tanto dolor, tanta enfermedad, de tanto sufrimiento el hombre de ayer y de hoy tiene miedo que sus proyectos queden frustrados y que en lugar del bienestar suceda la desgracia como se ha visto con ocasión de las dos guerras mundiales, el terrorismo, las luchas internas, la devas-

tación de la naturaleza y, por consiguiente del habitat humano, la pobreza y la miseria en que están sumidos tantos pueblos del tercer mundo.

Por otra parte, la humanidad entera con todos sus pueblos viven de una gran esperanza en un futuro mejor, en el que vean realizados todos sus anhelos, sus ilusiones. Sueñan con un mundo más humano y más justo; desean una humanidad más sana, libre de contagios. Un futuro en donde no tenga su sede la cultura del terror, la angustia, la enfermedad y la muerte. El hombre no se resigna a su propia condición carente de muchas cosas.

Estas parecen ser dos características que definen a nuestro mundo moderno y postmoderno: esperanza y miedo. Ante esta situación la humanidad no puede esperar la respuesta definitiva de sus anhelos de los poderes inmanentes de nuestro mundo; de las promesas que surgen y se deja escuchar desde el interior de nuestra humanidad.

2.- *El reino de Dios se hace realidad en la palabra y en la praxis de Jesús*

La Buena Nueva del reino de Dios predicada y hecha realidad por Jesús de Nazaret, es la única respuesta a lo que es el hombre, en general y, por consiguiente, a sus esperanzas, a sus legítimos deseos y, en nuestro caso, a la verdadera y auténtica salud que busca el hombre de todos los tiempos, principalmente del nuestro.

Toda la tradición veterotestamentaria está atravesada por un fuerte dinamismo que a partir de la promesa divina, en sus diversas modalidades, se traduce en una esperanza de salvación y liberación que se va concretizando el Profeta escatológico de los últimos tiempos. Dios mismo intervendría a través de su enviado para salvar a su pueblo Israel y en él a todas las naciones de la tierra.

Cuando llegó la plenitud de los tiempos esa esperanza de los Padres de la primera Alianza no solamente fue realizada históricamente sino trascendida ontológicamente con la gloriosa aparición de nuestro Señor Jesucristo que en su Persona, en su predicación y en sus portentos responde la humanidad entera que suspira por la salud. En la predicación de la buena nueva, principalmente en las bienaventuranzas se deja ver cuál es el designio eterno de Dios que comienza a historizarse en la creación: Dios

quiere que el hombre sea feliz, bienaventurado, que se encuentre sano.

3.- *La curación de los enfermos como signo del reino*

Todas las obras de Jesús se han considerado como signos que anuncian que el Reino predicado, comienza a hacerse presente en esta historia. Esto quiere decir que el Reino es una realidad ya presente, pero todavía no alcanza su plenitud escatológica.

La curación de enfermos realizada por Jesús es un signo de esa presencia del Reino; se orientan a él y forman parte de él. John Meier divide los relatos de curaciones evangélicas en cuatro grandes categorías:

3.1.- .Relatos sobre personas con alguna parte de su cuerpo paralizada, atrofiada o lisiada.

a.- El paralítico introducido por un boquete Mc 2, 1-12:

Pues para que sepáis que el Hijo del hombre tiene en la tierra poder de perdonar pecados, dice al paralítico: A ti te digo, levántate, toma tu camilla y vete a tu casa.

b.- El impedido junto al estanque de Betesda Jn 5, 1-9:

Jesús viéndolo tendido y sabiendo que llevaba ya mucho tiempo, le dice: ¿Quieres recobrar la salud? Le respondió el enfermo: Señor no tengo a nadie que me meta en la piscina cuando se agita el agua; y mientras yo voy, otro baja antes que yo. Jesús le dice: Levántate, toma tu camilla y anda. Y al instante el hombre recobró la salud, tomó su camilla y se puso a andar.

c.- El hombre de la mano atrofiada Mc 3, 1-6:

Dice al hombre que tenía la mano seca: <Levántate ahí en medio> Y les dice: ¿Es lícito en sábado hacer el bien en vez del mal, salvar una vida en vez de destruirla? Pero ellos callaban: Entonces...le dice al hombre: Extiende la mano. El la extendió y quedó restablecida su mano.

d.- La mujer encorvada Lc 13, 10-17:

Había allí una mujer a la que un espíritu tenía enferma hacía dieciocho años; estaba encor-



vada y no podía en modo alguno enderezarse. Al verla, Jesús, la llamó y le dijo: <Mujer quedas libre de tu enfermedad> Y le impuso las manos. Y al instante se enderezó y glorificaba a Dios. Se puede ver también: el criado del centurión Mt 8, 5-13; los cojos andan Mt 11,5.

3.2.- Curaciones de ciegos

a.- Bartimeo Mc 10, 46-52:

Jesús se detuvo y dijo: Llamadle. Llamen al ciego, diciéndole: ¡Ánimo, levántate! Te llama. Y él, arrojando su manto, dio un brinco y vino ante Jesús. Jesús, dirigiéndose a él le dijo: ¿Qué quieres que te haga? El ciego le dijo: Rabuuní, que vea. Jesús le dijo: Vete, tu fe te ha salvado. Y al instante recobró la vista y le seguía por el camino.

b.- El ciego de Betsaida Mc 8, 22-26:

Le presentan un ciego y le suplican que lo toque. Tomado al ciego de la mano, lo sacó fuera del pueblo, y habiéndole puesto saliva, en los ojos, le impuso las manos y le preguntaba: ¿Ves algo? El alzando la vista, dijo: Veo a los hombres, pues los veo como árboles, pero que andan. Después le volvió a poner las manos en los ojos y comenzó a ver perfectamente y quedó curado, de suerte que veía de lejos claramente todas las cosas.

c.- El ciego de nacimiento Jn 9, 1, 47.

Dicho esto, escupió en tierra hizo barro con la saliva, y untó con el barro los ojos del ciego y le dijo: Vete, lávate en la piscina de Siloé. El fue, se lavó y volvió ya viendo.

Se puede consultar: los ciegos ven Mt 11, 5; Lc 7, 22.

3.3.- Personas afectadas de Lepra:

a.- Curación de un leproso Mc 1, 40-45.

Se le acerca un leproso suplicándole y, puesto de rodillas, le dice: Si quieres puedes limpiarme. Encolerizado, extendió su mano, le tocó y le dijo: Quiero; queda limpio. Y al instante le desapareció la lepra y quedó limpio.

b.- Curación de diez leprosos Lc 17, 11-19.

Salieron a su encuentro diez hombres leprosos, que se pararon a distancia y, levantando la voz, dijeron: ¡Jesús, Maestro, ten compasión de nosotros! Al verlos, le dijo: Id y presentaos a los sacerdotes. Y sucedió que mientras iban, quedaron limpios.

3.4.- Curaciones varias de las que se refiere un solo caso:

a.- La suegra de Pedro Mc 1, 29-31.

La suegra de Simón estaba en cama con fiebre; y le hablaban de ella. Se acercó, y tomándola de la mano, la levantó. La fiebre la dejó y ella se puso a servirles.

b.- La hemorroísa Mc 5, 24-34.

Entonces, una mujer que padecía flujo de sangre desde hacía doce años, y que había sufrido mucho con muchos médicos y que había gastado todos sus bienes sin provecho alguno, antes bien yendo a peor, habiendo oído lo que se decía de Jesús, se acercó por detrás entre la gente y tocó su manto. Pues decía: Si logro tocar aunque sólo sea sus vestidos, me salvaré. Inmediatamente se le secó la fuente de sangre y sintió en su cuerpo que quedaba sana del mal.

Ante un mundo que, por una parte, goza de los triunfos de la ciencia y técnica, pero que, por otra parte, es un mundo que sufre y que está invadido de enfermedades, la salud, como ha hemos entendido, es un signo muy importante de salvación y liberación, esto es del reino de Dios cuyo estadio definitivo se ha revelado en Jesucristo resucitado.

Con las curaciones que Jesús realizó, quedó claro para los hombres y mujeres de nuestro mundo, que el designio salvífico de Dios abarca la totalidad de la realidad del hombre: humana, terrena, corpórea; pero también, espiritual y trascendente. La salvación que Dios ofrece por su Hijo Jesucristo es una salvación integral y totalizante, de tal manera, que quien niegue las curaciones realizadas por el Profeta escatológico, niega, al mismo tiempo, las aspiraciones de la humanidad por un futuro mejor. La salud, pues, es salvación. ☐



Salud popular: experiencia transformadora de la Iglesia progresista

Martha Beatriz Cahuich Campos

Escuela Nacional de Antropología e Historia, México

Empezamos este trabajo con un testimonio vivo de la experiencia reflexionada, sentida, transmitida:

En reuniones la gente nos fue dando a conocer los conocimientos que tenían de las enfermedades y de las plantas y con qué curarlas. Entonces pensé: el dispensario médico no hace que la gente tenga la cosa en sus manos. Esto sí que tiene la gente en sus manos: sea a través de té, sea a través de un emplaste o de lo que sea, pero la gente lo tiene en sus manos. Y para mí eso es lo importante porque eso es ser sujetos (...) de que ellos son los que tienen las cosas en sus manos. Y luego al ver que se puede enriquecer con la microdosis, porque los promotores pueden desde elaborar sus medicamentos hasta también recetarlos. Aquí [con el dispensario] no van a poder elaborar medicamento, ni van a poder recetar. Aquí [con la salud popular] van a poder elaborar y recetar. Otro aspecto: estos medicamentos alópatas son de mucho riesgo. Si tú das una dosis de más, entonces... no se puede manejar esto. En cambio acá el riesgo es muy pequeño. De hecho no hemos tenido en todo ese tiempo un problema en donde se haya dado una microdosis y que haya afectado a la gente [...]

[...] Y además la gente tiene las plantas, y tiene el conocimiento y sabe hacerlo y ahí va elaborar todo y va poder dar. Ahí son sujetos, por que tienen todo en sus manos. Aquí pues na'mas son "ayudantes de..."¹

En muchas de las Comunidades Eclesiales de Base (CEBs) mexicanas existen grupos de salud que emplean sistemas curativos alternativos, varios de ellos con una trayectoria de décadas. Están conformados por mujeres amas de casa, aunque también participan varones y jóvenes. Con ellos colaboran religiosas, sacerdotes, médicos, biólogos, químicos, administradores, entre otros.

El surgimiento de estos colectivos en nuestro país está íntimamente relacionado con el desarrollo de una Iglesia a favor de los pobres. Como lo señala el fragmento citado de la entrevista con el padre Rogelio Segundo (párroco de Tierras Negras, Celaya, Guanajuato); varios de estos esfuerzos han buscado que grupos y comunidades sean autogestivos en salud, construyendo sujetos sociales. Un punto interesante de estas experiencias fue que muy pronto desecharon el manejo de la medicina de patente y realizaron un gran esfuerzo por recuperar y sistematizar el saber popular en salud, especialmente la herbolaria; si bien incorporaron técnicas alternativas como la microdosis, acupuntura, orinoterapia, florales de Bach, etc.

El presente texto comparte algunos de los resultados de un proyecto realizado en la Escuela Nacional de Antropología e Historia titulado: "Salud Popular. Un estudio sobre participación social en salud,"² cuyo objetivo fue investigar el desarrollo histórico de la participación social en salud en varios lugares de nuestro país, entre ellos diócesis y espacios parroquiales. Se basa principalmente en la memoria oral de asesores de Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), presbíteros, religiosas y promotoras de salud. A continuación se revisará algunos de los resultados obtenidos de las diócesis de Cuernavaca, Morelos; Ciudad Juárez, Chihuahua y Celaya, Guanajuato.

Antecedentes: algunos procesos históricos en juego

La emergencia de la salud popular en los espacios católicos progresistas de nuestro país se vincula con tres elementos presentes en cualquier sociedad humana: las personas y sus necesidades biológicas básicas, lo curativo/medicinal y la religión.

1 Entrevista con el Padre Rogelio Segundo, realizada por Martha Cahuich, Templo de Tierras Negras, Celaya, Guanajuato, 4 de diciembre del 2003.

2 Una parte de los resultados obtenidos de este proyecto se encuentra en la Tesis de Doctorado en Historia y Etnohistoria de la ENAH, titulada: Salud Popular. Un estudio sobre participación social en salud en México (últimas décadas del siglo XX), cuya defensa haré próximamente.

Con respecto al primero, debemos recordar que todos los pueblos en la historia de la humanidad han tenido que enfrentarse a la problemática que el dolor, la invalidez, la enfermedad y la muerte representan. Si bien son experiencias personales, pueden ser percibidas y comprendidas por otros y derivar en la construcción de solidaridad y sistemas de ayuda.

En cuanto a lo curativo/medicinal, toda cultura ha proporcionado elementos simbólicos, actitudes, farmacopea, terapéutica y actores para poder soportar y enfrentar estas circunstancias.

Por último, la religión tiene una relación estrecha con lo anterior, pues históricamente muchos pueblos han vinculado las amenazas a lo vital con lo suprahumano (recordemos que en muchos momentos de la historia los curadores han sido también sacerdotes)³. El cristianismo no ha sido una excepción. El aspecto divino de Jesús tiene que ver, en parte, con la atención que brindó a quienes sufrían por la pérdida de la salud, siendo en este sentido un curandero. Sus seguidores y posteriormente las comunidades cristianas siguieron sanando a los enfermos y construyeron formas de expresar la solidaridad en el campo de la salud y una ritualidad para la salvación. Conceptos como la caridad están relacionados con la anterior. Partiendo de esto, la Iglesia católica tuvo un papel histórico clave en la supervivencia de amplios sectores de la población, desarrollando un sistema de asistencia social para la atención de la enfermedad y la muerte durante varias centurias. Ejemplo de esto son las cofradías o la creación de órdenes hospitalarias⁴.

Un importante cambio se produjo en el siglo XVII a partir de los planteamientos del pensador francés René Descartes (1596-1650), impulsor del racionalismo moderno y que proclamó un divorcio entre el alma y el cuerpo, marcando el inicio de la separación entre la religión y la salud. En el siglo XVIII, en Francia, se confió la actividad curativa a los médicos y ya no a las distintas órdenes religiosas católicas. Por otra parte, en el siglo XIX se normalizó la enseñanza médica en universidades y se desarrollaron patrones de diagnóstico y terapéutica. Esto, junto con las transformaciones científicas y tecnológicas así como la industrialización, marca la emergencia, a

nivel mundial, de una medicina institucional que redujo los mecanismos histórico-culturales de cuidado a la salud y enfermedad a un aspecto técnico y vinculado con la ignorancia popular⁵. México no fue la excepción ante estos cambios: el siglo XIX, con las Leyes de Reforma, marca el divorcio definitivo entre la asistencia social a la salud y la Iglesia católica, y el derrumbe del sistema de asistencia social basado en esta última institución⁶.

En el siglo XX surgió una medicina institucional dependiente del Estado que desarrolló un importante sistema de atención a la salud. En el caso mexicano, el modelo de salud pública no alcanzó a dar cobertura a todos los sectores de la población y tuvo un déficit crónico de financiamiento, que agudizó las deficiencias en sus servicios. Por su parte, el sistema privado ofreció atención a precios altos dentro de un mercado no regulado y que excluyó a la población que consideró como de alto riesgo para sus intereses económicos⁷. Esto, junto con el impresionante crecimiento demográfico que alcanzó el país,⁸ provocó que gran parte de la población tuviera que afrontar con sus propios recursos la construcción de salud. Sin embargo, hubo sectores de la Iglesia católica que no fueron ajenos a lo anterior, aportando una respuesta social.

Iglesia, CEBS y salud popular

Los resultados obtenidos en la investigación antes mencionada sugieren que la salud popular emergió en espacios católicos progresistas mexicanos hacia los años sesenta y se desarrolló en el contexto de una institución eclesial jerárquica y conservadora, que cuidaba de manera escrupulosa su vínculo con el Estado. En térmi-

5 Illich, Iván, "Matar el dolor," en: *Némesis médica. La expropiación de la salud*, México, Joaquín Mortiz, 1978, pp. 196 - 200. Véase también: Foucault, Michel, *La vida de los hombres infames*, España, La Piqueta, 1990, 106 - 113.

6 Consuelo, Sosa López, *El concepto de madre ideal en el discurso médico en México (1870-1933)*, México, Tesis para obtener el grado de Doctora en Historia y Etnohistoria, ENAH, 2005, pp. 29 - 31.

7 Juan, Mercedes, "Las instituciones públicas de salud en México", en: Urbina Fuentes, Manuel, Alba Moguel Ancheita, Melba Carmen Muñiz Martelón y José Antonio Solís Urdabay (coord.), *La experiencia mexicana en Salud Pública. Oportunidad y rumbo para el tercer milenio*, México, FCE, Secretaría de Salud, OPS, SMSP, FunSalud, INSP, 2006, pp. 431-441. Véase también: Laurell, Asa Cristina: *La reforma contra la salud y la seguridad social. Una mirada crítica y una propuesta alternativa*, México, Era, Friedrich Ebert Stiftung, 1997, 80-85.

8 McCaa, Robert, "El poblamiento de México: de sus orígenes a la Revolución", en Gómez de León Cruces, José y Cecilia Rabell Romero: *La población de México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*, México, CONAPO, FCE, 2001, pp. 35-77.

3 Illich, Iván, "Matar el dolor," en: *Némesis médica. La expropiación de la salud*, México, Joaquín Mortiz, 1978, pp. 196 - 200.

4 Cantera Montenegro, Santiago, "La Caridad en la historia de la Iglesia: 2000 Años de Servicio, Arbil, www.arbil.org/revista.htm, no. 100, 2006, 17 pp.

nos generales, la construcción de la organización social en salud desde espacios como las CEBs compartió los momentos de auge y embate que vivieron los proyectos eclesiales de compromiso social a favor de los pobres en distintos lugares. Finalmente, en un esfuerzo por lograr proyectos más autogestivos e independientes de una actitud eclesial poco sensible en este campo, varias de las experiencias de salud popular derivaron en la construcción de organizaciones ciudadanas independientes de la Iglesia.

El trabajo en salud popular: los motivos personales

¿Por qué surgieron estos proyectos dentro de las CEBs? Los testimonios orales muestran que la salud fue una preocupación constante de muchos integrantes de estos colectivos y que hubo distintos motivos para que decidieran trabajar en ella. En general puede observarse que desde el plano personal las promotoras, religiosas, sacerdotes y asesores de OSC se involucraron con el interés de ofrecer un servicio acorde con su fe cristiana. En el caso concreto de las promotoras, lo anterior se materializó al compartir el saber curativo que habían aprendido de sus abuelas o madres.

Lo anterior estuvo en congruencia con el tipo de educación familiar que recibieron los entrevistados, así como la introducción –desde la niñez– de una serie de valores, en los que prevaleció la idea de que todos los seres humanos deben vivir con justicia, armonía y bienestar, además de la necesidad de compartir con los “más necesitados”. Muchos de los relatos rememoraron experiencias en donde sus protagonistas vivieron la problemática de la enfermedad y la muerte causada por la pobreza, que los conmovió y motivó a responder y buscar soluciones (fundando clínicas o grupos de salud, estimulando la organización popular, estudiando medicina o técnicas curativas). En especial, las promotoras de salud tuvieron una preocupación muy concreta por curar y cuidar a su familia con elementos que estuvieran a su alcance.

Otro motivo estuvo vinculado al tipo de discurso manejado por la institución en donde laboraron o por la comunidad religiosa a la que pertenecieron los agentes de salud (por ejemplo el carisma de una congregación o la línea social de una diócesis). Otro móvil fueron las coyunturas sociales específicas que “dispararon” la formación de organización popular (como los distintos movimientos a favor de la vivienda que se dieron en los años setenta en colonias populares de Cuernavaca)

que, además, hicieron patente la preocupación, principalmente de las mujeres colaboradoras de las CEBs, por los problemas de salud. En este último caso, la organización social surgida no tuvo como objetivo prioritario esto último.

En muchas ocasiones la salud popular también fue impulsada por gente externa a las comunidades, normalmente por profesionistas universitarios, agentes de pastoral, asesores de OSC, religiosas o sacerdotes. Por último, en varios de los entrevistados hubo la idea de construir sujetos sociales con relación a la salud con el fin de que pudieran incidir y decidir sobre su propia vida y la de su colectividad.

El contexto eclesial de la salud popular

En las diócesis investigadas la salud popular fue una actividad relativamente común en el trabajo social de varias parroquias. Sus impulsores compartieron y sistematizaron sus conocimientos curativos, o bien, buscaron capacitarse en técnicas curativas alternativas. Por lo general, organizaron talleres de intercambio de experiencias e insumos curativos. En todas las personas que fueran investigadas se pudo observar que el trabajo en salud fue entendido como parte de su misión, vocación o sentido de existencia cristiana. En varios de ellos esta labor fue influida por la Teología de la Liberación, y así el hecho de que los sectores populares tomaran su salud en sus manos fue comprendido, como lo refirió Rogelio Segundo, como un factor en sí mismo liberador.

En cuanto al desenvolvimiento de la salud popular en el tiempo, puede encontrarse dos tipos de procesos. El primero de ellos corresponde a las diócesis que contaron con obispos progresistas (como Sergio Méndez Arceo para el caso de Cuernavaca y Manuel Talamás para el de Ciudad Juárez) y muestra la existencia de una etapa de crecimiento y consolidación de estas experiencias (acorde con el desarrollo de las CEBs y de un trabajo social en general), seguido de un periodo de debilitamiento. Esto último ocurrió cuando dichos obispos se jubilaron y sus sucesores destruyeron una parte importante del trabajo social desarrollado hasta entonces. En el caso concreto de Cuernavaca los antecedentes de grupos de salud popular se remontan, aparentemente, a una experiencia en Coatetelco en los años sesenta; mientras que en Ciudad Juárez, los primeros grupos de salud se organizaron en los años ochenta. Por otro lado, es importante recordar que Sergio Méndez Arceo entregó el

gobierno de su diócesis en 1983, mientras que Manuel Talamás lo hizo en 1988.

El segundo tipo sucedió, por ejemplo, en la Diócesis de Celaya, donde no hubo obispos que apoyaran abiertamente a las CEBS y los equipos de salud popular cubrieron, en algunos momentos, la función del trabajo de estas comunidades. No obstante, no se observa momentos de auge y debilitamiento, sino la realización de proyectos con un crecimiento más continuo y autónomo.

La diferencia entre ambos procesos radica, al parecer, en que los sacerdotes que impulsaron el proyecto de salud en Celaya tuvieron un mayor espacio de actuación, pues sus diócesis no entraron en un conflicto frontal y llamativo con los sectores conservadores y de poder regional y nacional, por lo que no sufrieron una represión tan fuerte cuando hubo recambio de obispos, lo que sí sucedió en Cuernavaca y Ciudad Juárez. Además, la experiencia de salud popular de Celaya logró consolidar un proceso de formación, capacitación y difusión más complejo que las otras diócesis. Esto no significa la extinción de la salud popular en Ciudad Juárez y Cuernavaca (donde hay proyectos que continúan hasta la fecha y se han consolidado), si bien las redes de intercambio se debilitaron.

Si bien la salud popular fue apoyada por sacerdotes y religiosas en muchas parroquias de estas tres diócesis, no fue nunca un proyecto diocesano expreso. En el caso de Celaya, la salud popular transitó por diversas etapas, desde la creación de dispensarios médicos hasta la construcción de casas de salud comunitaria que lograron hacer labores de prevención, diagnóstico, curación y creación de insumos curativos a nivel local. Al momento del estudio, en el 2003, la red de salud popular en esta región se había vinculado con distintas instancias de salud estatales y federales, además de secretarías encargadas de desarrollo social y humano, instituciones de enseñanza superior, medios de comunicación, etc., y se consolidaba la formación de empresas sociales en donde la comercialización de los insumos en salud y alimentación permitiría no sólo el autofinanciamiento de este tipo de proyectos, sino la generación de empleo regional.

Crisis y transformación

Desde los ochenta, varios de estos colectivos participaron en redes que llegaron a ser articulaciones importantes a nivel regional o nacio-

nal, como el Movimiento Nacional de Microdosis, Salud en Manos del Pueblo y el Movimiento Nacional de Salud Popular. No obstante, en el caso de las experiencias analizadas en el estudio, la mayoría se separaron de dichos movimientos al surgir puntos de desacuerdo con la línea seguida por estas redes. Además, se puede observar en muchos de estos proyectos un momento de crisis hacia los años noventa, cuando agencias de financiamiento internacional cortaron el apoyo económico a varios de los grupos de salud popular católicos, lo cual implicó la búsqueda de otras fuentes de recursos económicos, como el gobierno federal, en concreto la SEDESOL.

Conclusión

Es importante señalar que la salud popular dentro del espacio eclesial católico no se limitó a las diócesis mencionadas, siendo un proceso común en varias partes del país. La investigación mencionada abarcó también los estados de Veracruz, Oaxaca y la Ciudad de México. Así mismo, existen experiencias similares en varios países latinoamericanos y en otros continentes, no sólo en el ámbito católico.

Pese a lo anterior, la salud popular ha pasado prácticamente inadvertida dentro de las ciencias sociales, sobre todo en la bibliografía que aborda a los movimientos sociales, con excepción de la antropología médica. La explicación de lo anterior parece radicar en que ha sido vista como un fenómeno propio del ámbito doméstico femenino, sin capacidad de transformación social y generación de poder político. Sin embargo, la conclusión de la presente investigación no coincide con lo observado en el proceso.

Por el contrario, la memoria oral habla de transformaciones personales, culturales y sociales importantes. Para las promotoras la experiencia de participación social en salud implicó la construcción de relaciones de género e intergeneracionales más equitativas al interior de sus hogares, así como una autodignificación al sentirse y realizarse como sujetos sociales. También hubo un impacto real en la salud familiar y comunitaria a nivel preventivo y curativo. Muchos equipos de salud, al buscar mejorar sus condiciones de vida, lucharon por la regularización de tierras, la obtención de servicios públicos, realizaron proyectos productivos y de defensa de derechos humanos y, en este sentido, su subjetividad social se transformó en política transformadora. ☐

Salud alternativa y desarrollo comunitario

*Rogelio Segundo Escobedo, Pbro.
Pastoral de Migrantes de Celaya, Gto.
México*

Introducción

El presente artículo pretende presentar una experiencia de salud alternativa, como motor o medio para impulsar un desarrollo integral comunitario. Esta experiencia se lleva a cabo en diferentes municipios del estado de Guanajuato que integran la Diócesis de Celaya. Hay que advertir que no todo el crecimiento es uniforme, y que tiene sus variantes, sus altas y sus bajas. El punto clave de la experiencia ha sido un proceso de formación, participación y acompañamiento a promotores de salud que prestan su servicio en sus respectivas comunidades. Por supuesto que este trabajo no está exento de dificultades y contratiempos que han servido de aprendizaje. En el presente relato se comparten diferentes momentos de la problemática general que se enfrenta en las comunidades, el conocimiento y valoración de la medicina tradicional de los ancianos, la integración y formación de equipos de promotores de salud y el aporte de los promotores al desarrollo social.

1. Problemática general de las comunidades

1.1 El fenómeno de la pobreza.

Genera desempleo, desnutrición por abandono del campo, enfermedades, estructuras de injusticia, delincuencia, pasividad y falta de iniciativas. Violencia intrafamiliar, escolar y comunitaria, cultura machista y roles tradicionales en el hogar. Baja calidad en la educación, insuficiencia de oferta educativa por falta de un plan estratégico, adaptado a las realidades rurales y suburbanas; deserción escolar y analfabetismo funcional. Descomposición social, alcoholismo, mala comunicación en la familia que lleva a la desintegración.

1.2 La migración, particularmente de jóvenes.

El fenómeno de la pobreza en las áreas rurales y suburbanas propicia la migración creciente hacia los EE.UU.

La migración del personal joven de las comunidades rurales significa una fuga de recursos humanos que les restan posibilidades de revitalización a las comunidades en su proceso de desarrollo global. Es la pérdida de una energía social para los procesos de cambio que urgentemente requieren dichas comunidades.

Modificar sustancialmente el fenómeno de la migración o por lo menos atenuarlo, no es algo que puede hacerse directamente por el desarrollo educativo, pero éste puede servir por lo menos como un vector de criticidad y puede contribuir, en su espacio estratégico de acción, a la sensibilización de un sistema social cada vez más rígido e indolente frente a una problemática que es un reto nacional y una tarea histórica a realizar sin más pérdida de tiempo.

1.3 Falta de cohesión interna.

La cohesión interna implica una articulación dialógica de propósitos que asume una comunidad rural, partiendo de su realidad y de la ejecución solidaria de acciones para el logro de dichos propósitos.



En algunos casos, esta cohesión interna se ve obstaculizada por el enfrentamiento de generaciones al interior de una comunidad rural.

El fenómeno del "cacicazgo" y su mayor o menor grado de aceptación o de rechazo por los miembros de una comunidad rural, es otra fuente de rivalidades y de comportamientos que atentan contra la cohesión interna.

La difícil lucha por la supervivencia, algunas veces en lugar de fortalecer el espíritu solidario de los miembros de una comunidad rural, fomenta divisiones y actitudes oportunistas que debilitan la energía social para la búsqueda de respuestas comunes.

2. Conocimiento y valoración de la medicina tradicional

En una reunión con representantes de diferentes comunidades del norte del estado de Guanajuato, para analizar la problemática de la región y así ver algunas alternativas de acción, aconteció el siguiente hecho: en Pozo Ademado era el mes de julio, había llovido, el campo estaba verde, las milpas en crecimiento y muchas plantas; después de varias horas de trabajo había que trasladarnos para comer, a una casa que estaba como dos kilómetros; se dijo que tenían poco tiempo para llegar pero que por el camino fueran recogiendo todas las plantas que reconocieran, y al llegar nos dijeron como se llamaban y para que servían. Nuestra sorpresa fue que en ese tramo se recogieron como cien plantas diferentes, un alto porcentaje eran plantas medicinales, otras comestibles y las demás para forraje de animales. En reuniones posteriores los ancianos de las comunidades nos estuvieron instruyendo en el conocimiento y utilización de las diferentes plantas medicinales. Todos quedamos asombrados de la gran sabiduría que tenían las personas ancianas de nuestros pueblos rurales.

Esta experiencia nos llevó a valorar la medicina tradicional indígena, que tiene sus raíces en profundos conocimientos sobre la salud y la enfermedad, que los diferentes pueblos indígenas rurales han acumulado a través de su historia, fundamentadas en una cosmovisión de la salud-enfermedad de origen prehispánico, que ha incorporado elementos provenientes de otras medicinas, como la antigua española, la africana y en menor medida la medicina oriental.

3. Formación y capacitación de promotores de salud

A partir de la reflexión y análisis de toda la problemática de la región, optamos por comenzar a resolver los problemas relacionados con la salud y nutrición. Por lo que se integró un equipo de promotores iniciándose así un proceso de formación y capacitación.

El objetivo inicial fue ayudar a las personas en la prevención y tratamiento natural de las enfermedades basándose en tres puntos:

Un correcto y completo diagnóstico naturista que complementa el diagnóstico médico alópata.

Un tratamiento integral, natural y personalizado con preparados de plantas y medidas de higiene y alimentación. Una toma de conciencia de la problemática global de las comunidades, para ver de qué manera se puede incidir en la realidad.

Los cursos y talleres fueron muy variados: conocimientos básicos de anatomía y fisiología, sobre todo aparato digestivo, respiratorio; herbolaria, dietética, utilización de la soya y granos básicos (trigo, amaranto, cacahuete); hidroterapia, estímulos térmicos, y algo esencial ha sido el conocimiento y uso de la microdosis, su funcionamiento y preparación a base de plantas medicinales para atender las enfermedades más comunes; bioenergética, dentro de una visión integral del organismo humano y las flores de Bach para las enfermedades de tipo emocional. Se manejan también terapias como osteopatía, auriculoterapia, digitopuntura, mioterapia y fototerapia.

El resultado de toda esta formación fue la creación de casas de salud atendidas por las promotoras aplicando las diferentes terapias aprendidas, según las necesidades.

4. Proyección de la salud

El contacto de los promotores con la gente en las casas de salud, ayudó a descubrir que no puede haber salud sin desarrollo integral sostenible, en este punto la asociación civil "Acción Social y Educativa de Celaya, A.C.", que había impulsado el proceso anterior, empezó a impulsar actividades orientadas a dar una contribución

para solucionar los problemas de carácter socio-económico, político y cultural de la población de mayor marginación, siempre con la participación activa de la propia comunidad para superar así la acción paternalista que ha dificultado el desarrollo de los pueblos. Para ello Acción Social y Educativa de Celaya, A.C., fue llevando a cabo un proceso que abarca las siguientes líneas:

1. Investigación y análisis.
2. Formación y capacitación.
3. Derechos humanos.
4. Promoción y organización de proyectos productivos.
5. Movilización y liderazgo de la mujer.
6. Atención al fenómeno de la migración.
7. Reflexión de fe.
8. Interrelación con organismos civiles, instituciones gubernamentales e Iglesia.

A través de este caminar se ha logrado la conformación de varias organizaciones que llevan adelante el proceso: CECOPA, Centro Comunitario Pozo Ademado, A.C., CODHOMHAC, Comité de Derechos Humanos y Orientación Miguel Hidalgo, Casa de Artes y Oficios Tierras Negras, A.C., UNIDHE, Mujeres Unidas por Ideas y Hechos, DEICOM, Desarrollo Integral Comu-

nitario, S.P.R., Mujeres Unidas por la Salud y Nutrición, Grupo de Nopal por una Vida Digna, Comisión Nacional de Microdosis, además las casas de salud y diferentes proyectos productivos sobre todo con familias de migrantes.

Conclusión

Vivimos en una época de cambio, en un mundo globalizado; esto nos plantea la necesidad de análisis permanentes para seguir entendiendo los nuevos retos que exigen nuevas respuestas. Una de ellas es reforzar el trabajo con nuevos promotores, ya que algunos por la situación económica han tenido que emigrar, otros se han establecido en diferentes instituciones y más de alguno que hace su lucha particular para sobrevivir.

Por la experiencia vivida durante tantos años vemos que es importante tener una metodología, que parta de las necesidades de la comunidad, y una permanente formación y capacitación, estableciendo alianzas y apoyos para el avance del proceso, y un intercambio de experiencias con otras organizaciones, para el fortalecimiento solidario, y así contribuir al cambio en favor de una vida digna, con justicia y bienestar. ☐



Medicina alternativa comunitaria: camino de vida digna

*Patricia Santaella G., rscj
Educación Popular Sofía Barat, A.C.
Ayutla de los Libres, Gro.
México*

Introducción

Cada día es más común escuchar acerca de las Medicinas Alternativas, su abanico de terapias, sus beneficios y posibilidades.

Partimos del convencimiento de que cada opción terapéutica es un camino de curación y existen uno o varios adecuados para cada persona. Sin embargo, durante muchos años se hizo casi exclusiva la aplicación de la medicina "oficial" como única vía de curación, especializándose y encareciéndose cada vez más.

Consideramos que cada método terapéutico es válido en la medida que lleve a la persona realmente a la curación y no solamente a la supresión de síntomas. Entendemos la curación como la recuperación de la armonía, del equilibrio perdido, que lleva a cada persona a crecer en conciencia de aquello que produjo el desequilibrio y recuperar la armonía en todas sus relaciones, a nivel personal, familiar, comunitario e incluso planetario. De esta manera, cada padecimiento se convierte en oportunidad de crecimiento tanto a nivel físico, como emocional, mental y espiritual.

Nuestras raíces milenarias, fuente de salud

Nuestro país tiene una riqueza impresionante en la sabiduría colectiva de los pueblos indígenas. Su tradición milenaria es fuente de saberes y sus métodos siguen siendo utilizados por los hierberos, curanderos, parteras, hueseros, sobadores, etc.

Sabemos que estos saberes fueron en un tiempo condenados y sofocados por la "supremacía" de la medicina occidental que fue tomando auge. No se trata de caer en el mismo mecanismo de condenar y privilegiar o de juzgar a una como buena o a otra mala. No creemos que sea el camino; como un día afirmó un campesino "todo

se necesita" y es cierto. Sin embargo, consideramos que es cuestión de justicia conocer y valorar los distintos saberes y que cada uno sea realmente aporte potenciador de la vida que hay en cada persona y pueblo.

La salud comunitaria: un derecho a seguir conquistando

No es necesario hacer demasiados análisis para conocer la situación de salud en nuestro país. Es cierto que hay muchos esfuerzos tanto en el Sector Salud, como de distintas organizaciones para mejorar esta situación; sin embargo, la enfermedad se convierte realmente en un peso insostenible para millones de personas que no tienen acceso a servicios dignos de salud.

Es doloroso escuchar en las zonas rurales -aunque en las urbanas tampoco lo logran del todo- el calvario que significa enfermarse. Tener que recorrer kilómetros para pagar viaje especial y llegar a un centro de salud sin atención médica



ni medicinas; tener que seguir al hospital regional y que éste, supuestamente de servicio gratuito, pase órdenes de recetas que tienen que adquirirse en farmacias particulares o por falta de equipo médico. Además de esto, que los enfermos tengan que ser trasladados, buscando sus propios transportes, a un hospital del sector salud y aún ahí tengan que hacerse estudios más específicos a laboratorios particulares, con el gasto que esto conlleva.

Es doloroso que la desnutrición en mujeres, niños y niñas se convierta en lastre para su desarrollo y plenitud.

Es doloroso que los índices de mortalidad materna sean expresión de la inequidad y rezago social.

Es doloroso que la desatención, la negligencia, discriminación, desabasto y encarecimiento de medicamentos, falta de unidades médicas y médicos sean hoy, causas de muerte.

Estas situaciones nos interpelan a responder creativamente. Un medio que, en nuestra opinión, contribuye a transformar este escenario, es la práctica de médicos indígenas y promotores y promotoras de salud comunitaria que con su experiencia, tenacidad y permanencia, prestan su servicio –sembrando salud– en sus comunidades.

Corazones decididos para sanar a su pueblo

Apelamos a la experiencia de quienes promueven la salud y de quienes deciden formarse para prestar este servicio. Hombres y mujeres que viven disponibles para atender con sabiduría, cercanía, atención y generosidad a cada persona y posibilitar la recuperación de su salud. Constatamos cómo es importante en la formación de promotores y promotoras tener una visión amplia de la salud comunitaria, evitando reducirla a combatir la enfermedad. Es importante conocer las situaciones y ahondar en las causas que debilitan a una comunidad –o persona– y que la convierten en terreno vulnerable para presentar algún padecimiento.

En la mayoría de los casos, la pobreza creciente, situaciones ambientales, económicas, conflictos relacionales, tensiones de todo tipo y violencia son causantes de favorecer la enfermedad. Es aquí donde la medicina tradicional y el empleo de las distintas terapias alternativas cobra un papel relevante para ofrecer un tratamiento integral.

Implementación de métodos de evaluación para facilitar el diagnóstico, como la iridología¹, kinesiología², radiestesia³; empleo de prácticas tradicionales como la elaboración y uso de remedios herbolarios, el temazcal⁴; distintas técnicas de masajes, quiropráctica; nutrición, empleo del barro como remedio terapéutico (geoterapia) o del agua (hidroterapia) constituye un conjunto de prácticas que, entretejidas de acuerdo a la necesidad y situación de cada persona, contribuyen a restablecer su salud. El Sistema Nacional de Salud ha aprobado el uso de medicinas como la homeopatía y la acupuntura. Mantenemos la esperanza de que cada día se irán sumando, con credibilidad y respeto, la aplicación de terapias alternativas en centros de salud y hospitales, a los que toda persona tenga acceso como parte del derecho a la salud que todos tenemos.

La comunidad sujeto y agente de curación

Implementar caminos de salud en las comunidades implica vivir procesos de valoración y reconocimiento de posibilidades y límites.

En varias localidades experimentamos la fuerte influencia de las tendencias modernas y post-modernas que nos conducen a vivir un individualismo creciente. La implementación de la medicina alternativa nos lleva a valorar y redimensionar “lo comunitario” como fuerza para facilitar la organización y experimentar que la unidad orientada al bien común nos construye como personas y como pueblos.

En el camino, promotores y promotoras de salud se van topando con resistencias de algunas personas que devalúan a su propio pueblo y sus recursos y creen que la “medicina de cajita” y lo que viene de fuera es mejor que lo propio. Hay situaciones muy crónicas o de mayor deterioro, que tienen que remitirse a otro tipo de tratamiento como la cirugía.

Por otra parte, es muy gratificante el momento en que un promotor o promotora de salud descubre que en sí mismo, en sí misma, y en la comunidad existe una fuente de saberes propios en relación al uso de plantas medicinales y formas de curación; en el momento en que experimenta que al ponerlos en común en un grupo éstos se modifican, enriquecen y complementan y que al ponerlos –en equipo– al servicio de su comunidad se transforman en fuente de vida para sí mismo y para otros, brota un dinamismo de crecimiento y valoración, de alegría interior que impulsa a seguir posibilitando la vida.

Se incrementa este dinamismo al poner en común estas experiencias entre promotores y promotoras de otras comunidades e incluso entre promotores y promotoras de distintos estados.

Potenciar caminos de vida digna

Es un reto y una responsabilidad de todos que los métodos y terapias tradicionales y alternativas, mantengan una ética de equidad, valoración, respeto y una constante profesionalización:

Que sean accesibles a toda persona que las requiera y no tengan fines de lucro. Que valoremos las culturas, con su cosmovisión, saberes y sabiduría, que continúan corriendo desde nuestras raíces milenarias hasta las manos sanadoras de hermanos y hermanas nuestras. Que respetemos la naturaleza como don sanador, como sostén de nuestra vida no como objeto a ser explotado, comercializado e incluso patentizado, como pretende la lógica neoliberal.

Como promotoras y promotores comunitarias de medicina alternativa, tenemos la responsabilidad de vivir en continua formación, aprender de la sabiduría de nuestros pueblos, de las distintas culturas antiguas, de los avances de la ciencia actual, que nos aportan la explicación a situaciones que parecerían mágicas pero que hoy tienen su respuesta, por ejemplo, en los avances de la física cuántica, en la profundización de conocimientos en relación a la energía y su estrecha relación con nuestro cuerpo y la salud; podemos hablar de una anatomía energética y de la aplicación de terapias sutiles como la terapia floral, reiki, etc.

Estamos llamadas y llamadas a sanar nuestra Tierra, a reconocer la interdependencia que existe entre su cuerpo y el nuestro, a entender que destruyéndola nos destruimos y que, amándola y respetándola, podremos construir relaciones de amor y respeto.

Necesitamos tomar la salud en nuestras manos, sabernos responsables y sujetos capaces de transformar aquellos mecanismos que tratan de matar la vida en nuestros pueblos. Organizados, valorando nuestras raíces y recursos tanto naturales como humanos y sirviendo con alegría y compromiso, podemos hacer posible un mundo plenamente vivo, agradecido con nuestra presencia y posibilitar que la vida digna abra hoy caminos para una nueva humanidad. ☐



1 Iridología: método de diagnóstico que muestra los desequilibrios patológicos y funcionales en el cuerpo a través de una serie de lesiones, manchas, líneas y decoloraciones en el iris. Los creadores de esta técnica de medicina alternativa creen que la conformación, color y otras características del iris pueden ser examinadas para obtener información sobre la salud del paciente. Los profesionales relacionan sus observaciones con unos gráficos del iris que lo dividen en zonas que corresponden con zonas específicas del cuerpo humano. Los iridiólogos ven los ojos como "ventanas" por las que puede verse el estado de salud del paciente.

2 Kinesiología: un sistema que utiliza el test muscular como mecanismo de bio-comunicación, buscando corregir los posibles desequilibrios y que desde sus orígenes ha tenido en cuenta el global cuerpo-mente. En kinesiología se evalúa el músculo para ver el nivel de estrés-consciente o inconsciente- que se almacena.

3 Radiestesia: el nombre de radiestesia está formado por la palabra latina radius que significa radiación y por el vocablo griego aisthesis, en su acepción de sensibilidad. La Radiestesia es la técnica que maneja la detección del espectro completo de las radiaciones que emiten, tanto los cuerpos de cualquier naturaleza, como las diversas formas de energía. Se detecta la manifestación de las radiaciones a través de instrumentos, siendo los más usados el péndulo y las varillas. La Radiestesia facilita hacer consciente lo que es inconsciente, es decir, hacer racional lo que no es racional aún, pero que ha sido detectado, intuitivo o descubierto por las percepciones extrasensoriales y otras funciones del hemisferio cerebral del lado derecho, que la ciencia ha empezado a explicar en los últimos años, pero que han sido ejercidas por los seres humanos desde el origen de la especie.

4 Temazcal: su nombre proviene de la lengua náhuatl y significa "casa de vapor" (Temaz - vapor, calli - casa). Esto porque el baño se realiza dentro de unas casetas en forma de cúpula de pequeña dimensión, construidas con mantas o pieles sobre varas, en las cuales se introducen piedras porosas previamente calentadas al rojo vivo, sobre las que se vierte una infusión de plantas medicinales. Ha tenido un uso terapéutico y relajante, así como ritual y su práctica sobrevive en la actualidad gracias a la tradición de las distintas comunidades indígenas.

Medicina alternativa: ¿por qué sólo una medicina?

Patricia E. González Sánchez

En todas las culturas originales, en China, India, México, Oceanía, en selvas y llanuras varias de África y Sudamérica, así como en las montañas de los Andes, hasta alcanzar el Norte de América y la Patagonia en el sur -culturas éstas que crecieron y se desarrollaron sin intervención invasiva de otras; que estuvieron sustentadas por grupos de personas que habitaban en un territorio amplio, siempre en contacto con otros grupos para intercambiar conocimientos y otro tipo de bienes- la medicina fue un conocimiento primordial en razón de la vida misma y de su íntima relación con los procesos rituales que les daban razón de ser a esos grupos.

Esos rituales tuvieron siempre que ver con la forma de reconocer a una entidad superior a la que debían su existencia y su sustento. Con denominaciones diversas, ese ser superior, ese gran espíritu, ese Dios que ha creado el universo en que habitaban vivía en sus corazones y en la vida misma de las comunidades, integrado al acontecer cotidiano en medio de una naturaleza pródiga a la vez que inclemente. El ser humano no se sentía ni estaba apartado de la naturaleza, y se sabía dentro de un cosmos que no podía controlar, pero al que podía intentar conocer. Así, durante milenios el conocimiento en estas culturas originales se fue estructurando y perfeccionando en todos los ámbitos del quehacer humano.

Los conocimientos medicinales fueron transmitidos de generación en generación sin modificaciones, porque la enseñanza o transmisión oral quedaba en la memoria de los individuos como parte de su cultura, conocimientos altamente respetados y honrados, ya que les permitían vivir armoniosamente aquí en la tierra.

Medicinas alternativas y sistema oficial

La utilización de plantas, minerales y animales en las mezclas curativas fue el común denominador en las culturas originales y permanecieron así hasta la llegada de la cultura occidental. Llamar a las formas curativas que son milenarias, y a las nuevas terapias desarrolladas "me-

dicina alternativa" significa reconocer que hay una forma de medicina que no es la oficialmente aceptada, la que de hecho excluye, oficialmente también, a cualquier otra.

Esta medicina oficial, alópata, tiene alrededor de 300 años de haberse iniciado en Europa y tomó de muchas culturas sus principios, mismos que después olvidó. Utilizó las plantas -sobre todo- para hacer sus compuestos que expendía libremente. Con el tiempo sólo los médicos titulados por alguna universidad reconocida como tal podían recetar, y sólo recetaban lo que los laboratorios producían. Así, en el aprendizaje de la medicina dirigido hacia los síntomas tratados como enemigos a los que hay que exterminar, y en el nacimiento de los laboratorios tenemos el inicio de la exclusión de todas las diversas formas de medicina, maneras diferentes de curar que van desde el uso de plantas, hasta el ozono, pasando por el magnetismo, terapias de todo tipo que incluyen minerales, masajes de diversa índole que -sobre todo en Asia- son también milenarios.

Los hueseros, las parteras, los curanderos y otros profesionales de la medicina en nuestro país, pero también en todo el mundo occidental, no tienen ni reconocimiento ni apoyo de ningún tipo por parte del sistema oficial de medicina. De hecho son ridiculizados y hasta perseguidos por una legislación que ignora y condena la sabiduría ancestral heredada de nuestros antiguos antepasados, mexicanos o de otras naciones. El sistema establecido combate brutalmente todo aquello que merme el sistema de enriquecimiento, aceitado a través del diseño de medicinas de patente, de laboratorios de investigación que diseñan y producen esas medicinas. Otro tanto puede decirse de las actuales escuelas de medicina en las que la especialización es la regla, porque la medicina general y el médico general sirven sólo para hacer diagnósticos en las instituciones de seguridad social orientadas a la medicina.

Patentes: robo inservible

Otro aspecto importante que tiene que ver con el conocimiento ancestral en todo el mundo, pero en

concreto entre los pueblos indígenas de México y en general en todo el continente, pero que también afecta a las cunas de estas culturas originales, es la apropiación mediante una patente de las plantas y terapias, que es robada de esta manera a sus legítimos dueños, herederos de los que descubrieron y desarrollaron, cultivaron y transmitieron esos conocimientos. Hoy, el nopal y el epazote (por nombrar sólo dos) están registrados y patentados en Japón, ante la complacencia de autoridades mexicanas.

La efectividad de las terapias de la medicina alternativa está demostrada, no obstante el uso comercial que muchos han adoptado como forma de enriquecimiento en una cultura que privilegia el dinero por encima del ser humano. Los charlatanes que medran con las terapias alternativas existen porque no está regulada la medicina tradicional ni otras formas de prevenir y curar; entonces lo que se necesita es la defensa y conservación de los verdaderos conocimientos ancestrales, las plantas medicinales y otros materiales utilizables.

Habría que hacer investigación, documentación y una propuesta seria para que se legisle positivamente a favor de las medicinas tradicionales, de tal forma que toda persona sepa que la alternativa realmente existe, y que no corre riesgos innecesarios cuando acude a un homeópata, un fitoterapeuta o a otros tipos de medicina que no son la oficial. Ésta ha mostrado su ineficacia para prevenir, su deshumanización constante en el trato a los pacientes, y la imposibilidad de evitar efectos secundarios además de provocar muertes por iatrogenia. La medicina actual se basa con especial fuerza en el principio de lucro, al grado de que se inventan padecimientos para poder vender nuevas o viejas medicinas de patente. A través de una publicidad mañosa cuyo único fin es vender, se exagera hasta la saciedad las supuestas virtudes del fármaco, ahora casi siempre de diseño sintético, o elaborado a base de productos químicos.

La medicina oficial es extraordinariamente cara y por lo mismo elitista, de modo no pueden acceder a ella millones de seres humanos que están en indefensión total al no tener conocimientos suficientes sobre las otras medicinas que sí sirven y que tienen tras de sí centurias de utilización y de efectividad.

Microdosis: historia y posibilidades

La persecución constante de las otras medicinas responde solamente al afán de lucro de sus diseñadores, productores, distribuidores y médicos, la mayoría educados precisamente para que se

conserven así las cosas. No obstante, aquí en México tenemos uno de los mejores herbarios precisamente en el Seguro Social; la acupuntura recibe cada vez más reconocimiento para algunos padecimientos, y la homeopatía es aceptada por muchas personas. Pero no es suficiente.

Existe -por ejemplo- la micro-dosis desarrollada por el médico mexicano Eugenio Martínez Bravo¹, con gran éxito en la curación de todo tipo de padecimientos y enfermedades. Esta técnica fue adoptada en Cuba y conjuntamente se hicieron experimentos y aplicaciones de la misma con resultados excelentes. No es invasiva, como la mayoría de las terapias alopáticas; cada planta con sus propiedades extiende el abanico de aplicación al reducir la dosis, y se presta para ser aplicada incluso a productos farmacéuticos de patente. No tiene efectos secundarios, pero sí una respuesta pronta y a fondo. Una pastilla convertida en micro-dosis puede ser utilizada por más de 50 pacientes. A los laboratorios y a las farmacias, y a los que forman el complejo mundo de la medicina como negocio no les conviene el desarrollo de estas técnicas.

El Nim: depredación privatizadora y reivindicación social

Como la micro-dosis, existen otras formas de practicar la medicina que tampoco son invasivas ni tienen efectos secundarios, mucho menos

1 Dr. Eugenio Martínez Bravo. Médico cirujano por la UNAM en 1950 - Posgrado en Cancerología, Radioterapia y Medicina Nuclear (UNAM 1964) - Especialidad en Protección contra Radiaciones (EUA, 1965) - Estudios sobre Contaminación Ambiental (EUA), 1966) - Organizador del Seguro Social en varios estados de la República Mexicana. Director de la Sección Protección con Radiación en la Secretaría de Salubridad (México, 1977) - Trabaja en el Centro de Investigación de Plantas Medicinales y Microdosis de la Universidad Autónoma de Zacatecas. Profesor emérito del Instituto Superior de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. - Instructor en el método terapéutico conocido como MICRODOSIS, del cual es su fundador, en la República Mexicana, Centroamérica y el Caribe. - Autor de varios libros: "Microdosis, una alternativa medicinal", "Vademécum para el empleo de Microdosis", "Farmacología, Medicina Tradicional y Microdosis", "La Microdosis en la Medicina Académica", entre otros. Desarrolla una técnica terapéutica entre la alopata y la homeopatía; estos dos sistemas médicos fueron trabajados por su abuelo a principios de siglo, y desde entonces dio inicio una nueva posibilidad de utilización de los recursos curativos, de donde las plantas medicinales ocupan el principal porcentaje, dando formalidad a través de múltiples. En diferentes países se reconoce a Eugenio Martínez como el iniciador o el fundador de la "microdosis"; dosis muy bajas en comparación con las que se usan en la alopata y muy altas cuando se comparan con la homeopatía, ya que en ésta última las sustancias van disminuyendo en cada dilución hasta desaparecer físicamente después de algunas decenas de diluciones, conservando sus efectos por la técnica de preparación. Referencia: "Guía Terapéutica con Microdosis" elaborada por el Dr. Martínez Bravo y la Dra. Maricela Villalta A., originaria de Cuba en donde se aplicó el sistema.

iatrogenia y sólo nos aparta de ella el profundo desconocimiento de las posibilidades que tenemos, precisamente porque se lucha contra su difusión y expansión. Los medios masivos de comunicación tratan muy de vez en cuando el tema y se necesita tener realmente un interés genuino para buscar información y para encontrar quién o quiénes aplican las otras formas de medicina.

Por otro lado, vemos cómo cada vez más agentes extranjeros van llenando las selvas de Sudamérica, los campos de México y del resto del mundo para llevarse ejemplares –los más sanos, y los más que se pueda– primero para estudiar y después explotar las formas tradicionales de aplicación de las plantas que los indígenas conocen a fondo. Los pueblos son despojados de los beneficios que implica masificar esas terapias y utilización de plantas, animales o minerales. Esta depredación, junto con la de los que venden plantas a compañías o particulares, no es detenida, causando daños enormes y el peligro de extinción de plantas maravillosas.

Un ejemplo es la India, donde laboratorios extranjeros quisieron patentar y resguardar el uso del Nim como propiedad privada; aunque de hecho les fue concedida la patente, es esclarecedor y muy satisfactorio el hecho de que el gobierno hindú protestó y demostró que la utilización del Nim es parte de la cultura de todo el subcontinente desde hace milenios, y es parte del patrimonio no sólo cultural sino especialmente de la medicina tradicional de ese país. Las compañías dieron marcha atrás y retiraron la patente, por lo que se conservó su uso libre. El árbol de Nim es la farmacia de los campesinos, así como el método eficaz para muchos trabajos con animales y plantas en el campo o la ciudad.

Retos para la medicina alternativa

La idea es que logremos el reconocimiento y el respeto a nuestras formas tradicionales de curación, así como a todas aquellas terapias que, sin ser oficiales, auxilian a las personas, en primer lugar para prevenir, además de conservar y recuperar la salud, o mejorar y mantener una cierta calidad de vida. No es tarea menor, implica la dedicación para registrar y codificar correctamente esos tipos de medicina, trabajo que ya ha sido muy avanzado por editores extranjeros, y que crece día con día. Así se puede saber qué es cada terapia, cómo se aplica, quiénes lo hacen y qué podemos esperar de aquellos que se osten-

tan como terapeutas o médicos alternativos. En otras palabras urge documentarnos con información fidedigna para poder proponer ese reconocimiento y su reglamentación. La herbolaria, junto con muchas otras formas de medicina aplicada, no tiene como base el lucro, sino fortalecer el organismo para que por sí mismo logre recuperar la homeostasis natural del cuerpo, pero también del resto del ser humano. Las personas no somos nada más cuerpo ni sufrimos sólo enfermedades en el aspecto físico, sino que al mismo tiempo somos espíritu, psique, y cuando una parte –por llamarle de algún modo– de nosotros sufre o está desequilibrada, todo lo demás que también somos sufre igualmente. Las medicinas o medicina alternativa toman precisamente todo esto en cuenta, y los profesionales que se dedican a ella saben que no basta con tomar o aplicar lo recetado, sino que es necesario ver todo la realidad de cada paciente. Por ello, cuando realmente se trata de sanar a alguien, se diseñan las terapias necesarias para que sea el tratamiento personalizado. Algo que cure al cuerpo, pero también al espíritu, la psique y la mente.

De hecho, como mejor opción, debería saber complementarse la medicina alópata con las demás formas de medicina, para que cuando una no consiga tener éxito, pueda entrar otra u otras. Y este es precisamente parte del panorama actual; porque cada vez existen más médicos que se van abriendo a nuevas formas, o por lo menos no siempre las rechazan. También existen cada vez más médicos que dejaron la alopátia y se dedican ahora a la homeopatía y a otros ámbitos de las otras medicinas; sin embargo el reconocimiento del saber médico en otros ámbitos que no sean el de la medicina oficial es trabajo de todos, puesto que precisamente las diferentes culturas y formas de comprender la vida –la diversidad– permitió en el pasado, y sigue haciéndolo en el presente, el descubrimiento y desarrollo de técnicas de curación diferentes sí, pero todas susceptibles de aplicarse al ser humano.

Aquí, al igual que en otros ámbitos, lo diferente no es una amenaza sino una oportunidad de enriquecernos verdaderamente. No se trata de utilizar el temor a la muerte o a la enfermedad, como lo hace hoy en día el sistema oficial de salud para seguir vigente, sino nosotros mismos prevenir mediante un equilibrio entre alimentación, trabajo, descanso y el uso correcto de aquello que nos permite recuperar el equilibrio natural cuando necesitamos acudir a la medicina. 

Platón y los desnudos

COLSOTELMON

(Colectivo Socio-Teológico de Monterrey)

Platón (Atenas, 427-347 a. C.) vivió en una sociedad en la que las diferencias impuestas socialmente entre los varones y las mujeres eran tan evidentes que podía cuestionarse, y se cuestionaba, si los dos sexos participaban de la misma naturaleza humana. Para el ateniense, la mujer encarnaba la animalidad, y el varón la racionalidad. Resulta obvio que, en tal esquema, a éste se le consideraba superior y a ella inferior.

La hoy terrible posición platónica se basaba en una tesis filosófica previa: la materia es diferente del espíritu en los mismos términos en los que la mujer se distingue del varón. Materia igual a mujer y, por lo tanto, in-

ferior. El espíritu se equipara al varón y, por ello, es superior. La distinción, con el paso de los siglos, fue adquiriendo otras dimensiones, todavía más lacerantes y de gran influjo en la actualidad.

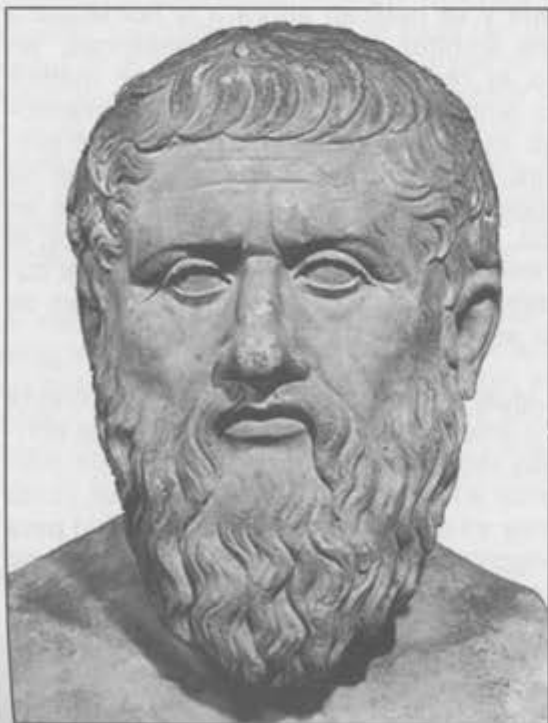
Vaya un ejemplo. Ciertos movimientos culturales no sólo identificaron a la materia con la animalidad y al espíritu con la racionalidad, sino que le dieron una connotación religiosa a cada uno de los puntos divergentes. Así la materia se asoció a la tierra y el espíritu al cielo, propiciando toda una serie de prácticas espirituales que buscaban combatir las naturales inclinaciones materiales de los seres humanos.

De ahí que no pocos movimientos dedicados a la perfección del espíritu buscaban que éste se alejara de todo lo corpóreo, dando al cuerpo humano una connotación de peligro. Por ello, fue natural pasar a una conclusión moral de esta diferencia: la materia se vio como algo malo y el espíritu como algo bueno; ella simbolizaba pecado, distancia de Dios; éste gracia, bendición divina; aquélla ensuciaba, éste purificaba.

Nuestras culturas occidentales, hijas de Platón, han debido luchar durante siglos contra esta infravaloración de lo corpóreo. No sólo la mujer sigue enfrentando múltiples formas de discriminación, sino también todo lo que se refiere a una corporalidad entendida como mercancía, carente de dignidad, expuesta a desnudos comerciales que la califican de mala, pero que invitan a disfrutarla con morbosa delectación.

Por ello, celebramos las instalaciones fotográficas de Spencer Tunick, que se han realizado en diferentes ciudades del mundo. No vemos en esas manifestaciones un atentado a las buenas costumbres, una ofensa a la moralidad o un agravio a las conciencias. Tampoco tenemos competencia para calificarla de fina expresión artística, de burdo desahogo o de excelente negocio para el fotógrafo norteamericano.

Nos parece, más bien, que han sido un canto a la terrenalidad, a esa materia también creada por Dios y, por lo tanto, santa, a esos cuerpos que, desnudos, no tienen por qué sujetarse a las leyes de la pornografía o la morbosidad. Homenaje a la libertad que te permite convivir sin transigir, loa a la igualdad natural entre materia y espíritu, cuerpo y alma, tierra y cielo. Ojalá y Platón descanse en paz, ahora sí, para siempre. ☐



Colaboraciones

Carta al sucesor de Pedro

José Ignacio González Faus

Hermano Pedro: es muy de agradecer que un papa pronuncie los elogios de la razón que venimos oyéndote, así como el reconocimiento hecho a J. Habermas de que puede haber -y hay- unas "patologías de la religión"; y la oferta del cristianismo como síntesis entre la razón humana y esa relación del hombre con el Trascendente a la que llamamos fe.

Cuando leo agradecido esas palabras, temo caer en aquello del Evangelio de ver la irracionalidad en el ojo ajeno y no ver la sinrazón en el propio. Me atrevo por eso a presentar algunas sinrazones que me parece percibir en nuestro catolicismo actual.

1.- No es racional la falta de procedimientos democráticos en la Iglesia de hoy. Sabes que, cuando Bellarmino defendía al papado contra los protestantes, se apoyaba en argumentos de razón y no en los textos revelados: la monarquía (pensaban entonces) es el sistema más racional; es así que Dios quiere lo mejor para su Iglesia. Luego... Mucho antes de Bellarmino, las iglesias primeras fueron estructurándose en torno a los ancianos (eso significa la palabra griega presbíteros). Entonces, cuando la vida era más corta, los ancianos representaban la experiencia acumulada y digerida; por eso parecía que la manera más racional de estructurar un grupo era en torno a los que hoy llamaríamos "expertos". Lo mismo pensaba la sociedad civil, como muestra la palabra "senadores" (derivada de "seniores" que es la traducción latina del griego "presbíteros").

Hoy en día hemos progresado algo, y estamos convencidos de que, pese a sus lastres y defectos, la democracia es el modo más razonable de estructurar una sociedad. No constituye pues buen testimonio la falta de democracia en nuestra Iglesia, por más que el autoritarismo sea más cómodo. También en este punto sería fácil atisbar la síntesis entre la razón y el evangelio (remito a Lucas 22: vosotros no procedáis como los poderes autoritarios de las naciones).

2.- No parece señal de racionalidad el lugar que ocupa la mujer en la Iglesia. Algún filósofo de la historia dijo que una civilización se mide por el lugar que en ella ocupa la mujer. Sin entrar ahora en problemas concretos, no creo que nuestra Iglesia dé aquí un testimonio de aprecio a la razón. Ni hacemos un servicio a Dios cuando lo presentamos como salvaguarda de esta situación irracional nuestra. Porque también en este punto sería fácil encontrar la síntesis entre lo que parece decirnos la razón y lo que dice el Nuevo Testamento, que va mucho más lejos (Gal 3,28: "en Cristo Jesús" no hay distinción entre varón y mujer).

3.- Tampoco es racional valorar más la costumbre acrítica que el uso de la sensatez, en la configuración de las comunidades. Muchos cristianos conocen esta anécdota de tu pontificado: a poco de ser elegido criticaste la costumbre de nombrar obispos como "premio" de ascenso, por unos servicios prestados. Reivindicabas que el concilio de Calcedonia (ya en el s. V) prohibió que se nombraran pastores sin rebaño. Como puesta en acto de este criterio destinaste a Cracovia al antiguo secretario de Juan Pablo II, a quien éste había hecho obispo para agradecerle sus servicios. Hasta aquí perfecto. Pero poco después, la curia romana te obligó a consagrar obispos a tres monseñores que habían accedido a un cargo, no de responsables de una iglesia concreta, sino de gestión en la burocracia curial. Se te arguyó que era una "venerable tradición de la Iglesia"... Pero queda la duda de si a esa tradición de nombrar "gobernadores de ningún lugar", se la debe llamar venerable o irracional. Si uno lee las palabras de Jesús en Mt 15 ("quebrantáis la voluntad de Dios por aferraros a vuestras tradiciones") encontraríamos otra vez que la razón y la fe se abrazan.

Podría seguir con otros ejemplos (el tema de los milagros para las canonizaciones no parece funcionar de acuerdo con los dictámenes de una razón serena, sino de otros intereses. La frase

de que los hábitos o el vestido talar son una "señal de trascendencia" suscita la sospecha de si no estaremos confundiendo lo Transracional con lo irracional o incluso lo estrafalario... También aquí la razón y la fe podrían encontrarse con facilidad, si nos decidiéramos a ser más sensatos y más creyentes).

Pero no hay espacio para más, y quiero terminar con una anécdota. Hace unos veinte años la Iglesia era -según las encuestas- la institución con más crédito en Brasil. En este tiempo se degolló a la teología de la liberación (calumniándola de marxista cuando, a lo más, tenía dos o tres mechas de marxismo), se decapitaron las comunidades de base (calumniándolas de iglesia paralela cuando sólo eran críticas con la institución eclesial), se descafeinó a casi todo el episcopado brasileño, y se apagó la "mecha humeante" de muchas liturgias que intentaban ser inteligibles y celebrativas. Hoy

asistimos a un declive de la Iglesia en Brasil y, en lugar de reconocer la propia culpa romana, se acusa a los brasileños de no evangelizar... ¡Hombre!

Por eso es un ejemplo a agradecer tu valentía para rectificar lo que dijiste allí de que la evangelización de América Latina no supuso maltrato ni crímenes contra los indios. Desgraciadamente los supuso: tanto que un obispo de Tucumán pedía a los jesuitas fundar unas reducciones "para mantener a los indios lejos de los maléficos ejemplos de los blancos". Sí que tuvo la Iglesia una pléyade de defensores de los indios (Las Casas, Valdivieso, Vasco de Quiroga y otros muchos), maltratados por poderes oficiales, políticos y religiosos.

Gracias pues por haber sabido rectificar. Es una prueba más de que la falta de miedo nos lleva a la verdad y ésta nos hace libres. ☐



La violación a los derechos humanos

Un hecho irreversible

Victor Verdin J.
Parroquia de San Ignacio
Parras de la Fuente (Coah.)

El panorama que se contempla en México acerca de la violación de los derechos humanos es desolador. El recuento de los hechos ocupa ya una lista larga y densa, debidamente documentada por Centros de Derechos Humanos, por fuentes periodísticas confiables. No se observan señales de mejoría social. Al contrario, la impartición de justicia queda atrapada en las redes de intereses que sustentan el poder político y económico en el modelo globalizador que estamos viviendo. El derecho a la impunidad de los infractores se impone en prácticamente en la totalidad de los casos. De un lado de estos hechos se vive la impotencia y la indignación crecientes y de otro lado va en aumento la represión autoritaria e irracional. Lo cual nos indica que los caminos para el diálogo se van cerrando y queda solamente, en la mayoría de los casos, el uso de la fuerza y de la imposición arbitraria. Lo cual no acaba la terca insistencia de los defensores de derechos humanos en avanzar hacia soluciones justas de los conflictos sociales donde se violan los derechos humanos.

La lista de heridos en el camino se incrementa cada día en el país: comunidades indígenas, obreros, mineros, desempleados, migrantes, mujeres, niños y niñas... Están los casos documentados con miles de páginas: masacre de Acteal; represión en Atenco y el caso de los torturados y desaparecidos de la APPO en Oaxaca; el vía crucis de miles de migrantes internos y hacia Estados Unidos; el abuso de los niños y niñas; están los y las desempleadas; el índice de pobreza en el país; y un largo etcétera... entre los que están los defensores de Derechos Humanos. Se van haciendo añejas unas que forman ya parte de la historia y van surgiendo nuevas situaciones de violaciones a los derechos humanos.

Me propongo hacer una lectura de esta situación desde la parábola del buen samaritano para tratar de aportar a un esfuerzo decidido de luchar al lado de la defensa de los derechos humanos. Es una parábola que invita a escuchar la pregunta de Jesús, ¿quién fue prójimo del herido del camino? Apliquemos esta pregunta a la situación que guardan los derechos humanos, ¿quién es prójimo de los cientos y miles y millones de heridos al lado del camino hoy? Llegar a ser prójimo es lo que nos propone Jesús para pertenecer al Reino, para vivir como hombres y/o mujeres de fe. Es el centro de la buena nueva: "Sean misericordiosos como vuestro Padre Celestial es misericordioso".

30 Jesús respondió: «Un hombre bajaba de Jerusalén a Jericó y cayó entre ladrones, que le robaron todo lo que llevaba, le hirieron gravemente y se fueron dejándolo medio muerto. 31 Un sacerdote bajaba por aquel camino; al verlo, dio un rodeo y pasó de largo. 32 Igualmente un levita, que pasaba por allí, al verlo, dio un rodeo y pasó de largo. 33 Pero llegó un samaritano, que iba de viaje, y, al verlo, se compadeció de él; 34 se acercó, le vendó las heridas, echando en ellas aceite y vino; lo montó en su cabalgadura, lo llevó a una posada y cuidó de él. 35 Al día siguiente sacó unos dineros y se los dio al posadero, diciendo: Cuida de él, y lo que gastes de más yo te lo pagaré a la vuelta. 36 ¿Quién de los tres te parece que fue el prójimo del que cayó en manos de los ladrones?». 37 Y él contestó: «El que se compadeció de él». Jesús le dijo: «Anda y haz tú lo mismo».

Están los asaltadores que despojan y hieren, casi matan o matan a miles de víctimas. Son los heridos que quedan a la orilla de los caminos. Están quienes no se involucran con esta situación y pasan de largo sin mirar a las víctimas porque tienen prisa, porque tienen otra cosa que hacer. Están los samaritanos que se compadecen, se detienen a ver y ayudan con sus propios recursos ... y en ocasiones se los acaban.

Los heridos a la orilla del camino

30 Jesús respondió: «Un hombre bajaba de Jerusalén a Jericó y cayó entre ladrones, que le robaron todo lo que llevaba, le hirieron gravemente y se fueron dejándolo medio muerto.

Nunca había sido tan actual la parábola del buen samaritano como en estos tiempos. Unos ladrones y salteadores dejan heridos, casi muertos, a cientos y miles y millones de hombres y mujeres en todos los caminos y veredas que se transitan.

Como en la parábola, los salteadores quedan en el anonimato. Gozan de impunidad. La globalización es una buena excusa para todo. Los desempleados, los inmigrantes, los indefensos son una consecuencia inevitable del progreso, de una estabilidad macroeconómica.

Más todavía, no sólo son una consecuencia desgraciadamente inevitable del progreso. Están he-

ridos en el camino porque son delincuentes que han merecido ese trato. No se trata de víctimas inocentes expoliadas de sus derechos.

Los que miran a los heridos a la orilla del camino y pasan de largo

"31 Un sacerdote bajaba por aquel camino; al verlo, dio un rodeo y pasó de largo. 32 Igualmente un levita, que pasaba por allí, al verlo, dio un rodeo y pasó de largo."

Esta vista no es atractiva. Se prefiere ocultar. Casi se trata de negar su presencia. Se trata de desechables, como tantas cosas en esta época del consumismo. Así se pasa al lado de estas víctimas como quien camina al lado de un basurero. Pasan de largo porque no tienen nada que ver con ellos. Todavía no se hacen prójimos. No dejan que los demás los desvíen de su camino, de su prisa.

Los medios de comunicación no informan de estos hechos. No son noticia. O se informa que son cuestiones que se resolverán a largo plazo. En resumen, se pasa de largo y se dejan los heridos al lado del camino.

Es el cuestionamiento siempre abierto a sacerdotes y levitas, qué tan lejos permanecen del centro del evangelio. Sólo habrá un testimonio coherente cuando desaparezcan la pasividad, el miedo y la ceguera voluntaria o involuntaria.

Los que miran, se compadecen y actúan

"33 Pero llegó un samaritano, que iba de viaje, y, al verlo, se compadeció de él; 34 se acercó, le vendó las heridas, echando en ellas aceite y vino; lo montó en su cabalgadura, lo llevó a una posada y cuidó de él. 35 Al día siguiente sacó unos dineros y se los dio al posadero, diciendo: Cuida de él, y lo que gastes de más yo te lo pagaré a la vuelta."

Hay quien ayuda y se interesa porque le duelen los y las hermanas. Los samaritanos de este mundo son los que tienen tiempo para detenerse y ayudar. La diferencia son las entrañas de misericordia. Esto les permitió ser prójimo del herido en el camino. El precio que se paga por compadecerse y ser prójimo es alto.

Están apareciendo nuevos aspectos de la parábola. A los samaritanos de hoy se les impide actuar. Se cierran todos los caminos posibles de ayuda. Si estos samaritanos insisten en acercarse y ayudar, entonces corren el riesgo de formar parte de los heridos en el camino, porque pasan a ser delincuentes que deben ser reprimidos. El precio que se paga por sentir al otro es alto.

Veamos en primer lugar las causas de tantos heridos en el camino. Se trata de efectos de la

globalización económica. En ella todo debe girar alrededor del mercado. Todo es mercancía. La mano de obra también es mercancía. La política ya no buscará el bien común, sino quedará subordinada a las leyes del mercado. El propio país quedará subordinado a las leyes de la globalización económica, a los poderes de las transnacionales.

La tarea política es cuidar los intereses del mercado, de las empresas transnacionales. Las empresas transnacionales y los intereses del mercado buscan que la democracia de cada país subordinado y no subordinado coloque en la dirigencia política a socios a su modo. A esto le llaman globalización económica. Es una globalización de intereses económicos. El costo es de vidas humanas, de heridos en el camino.

Esto lleva a cambiar el sentido de las leyes sociales. Esto lleva a cambiar las leyes sociales. Porque cambia la fundamentación de la ley. Ya no es más su fundamentación el valor de la justicia en las relaciones sociales, sino lo que responda a la ganancia en el mercado. Un ejemplo de esto son las facultades otorgadas a la policía para detener sin averiguación previa a quien sea sospechoso de delincuencia o de lo que ellos llamen delincuencia.

La dinámica de esta globalización va dejando en el más completo desamparo a cientos y miles de personas de todas clases, edades. La dinámica de la globalización va dejando caos y muerte a su paso.

¿Es una dinámica irreversible? No, si se van planteando los problemas desde una globalización humanizante.

Están quienes no se involucran con esta situación y pasan de largo sin mirar a las víctimas porque tienen prisa, porque tienen otra cosa que hacer. Aquí están los medios de comunicación, televisión, prensa y radio. Se informa del mercado y de los intereses del mercado. Está el silencio cómplice de las Iglesias y de los intelectuales ante esta situación. Está el servicio de las Iglesias y de los intelectuales para justificar esta situación. El pasar de largo es una manera de involucrarse con esta situación. No pasa nada.

Están los samaritanos que se detienen a ver y ayudan con sus propios recursos.

¿Hay alguna relación entre la globalización económica y la pobreza?

La parábola no se detiene más en los asaltadores, ni siquiera en los que pasan de largo, sino pone el acento en el samaritano, en el que se hace prójimo. El acento está en hacerse prójimo de los heridos en el camino. 

cristo en los pobres es una dimensión constitutiva de nuestra fe en Jesucristo. De la contemplación de su rostro sufriente en ellos[147] y del encuentro con Él en los afligidos y marginados, cuya inmensa dignidad Él mismo nos revela, surge nuestra opción por ellos. La misma adhesión a Jesucristo es la que nos hace amigos de los pobres y solidarios con su destino.

Dos preguntas para el diálogo

¿En que forma contrastan los datos de la realidad con el espíritu del Evangelio y de la primera lectura?

¿Qué vamos a ir haciendo para que en nuestro ministerio vayamos educando a la gente para que viva la mansedumbre de Jesús?

Domingo 13 de Julio de 2008 **15º Domingo de Tiempo Ordinario**

Realidad (Obras sociales que hacen eficaz la Palabra)

Más de 500 representantes de los pueblos afectados por la minería, las hidroeléctricas, las plantaciones y las camaroneras, entre otras actividades industriales extractivas que anteponen intereses económicos a la responsabilidad social, se trasladaron el día de ayer (24) hasta Ciudad Alfaro, Montecristi para presentar a la Asamblea Nacional Constituyente la Propuesta Ambiental para la Nueva Constitución.

Estos pueblos, a través de diferentes redes ambientalistas como el Comité Ecuatoriano para la Defensa de la Naturaleza y el Medio Ambiente, la Coordinadora Nacional para la Defensa del ecosistema Manglar, la Federación Plurinacional de Turismo Comunitario, el Frente de Defensa de la Amazonía, la Coordinadora Ecuatoriana de Agroecología, la Coordinadora Nacional por la Defensa de la Soberanía y de la Vida, el Foro de los Recursos Hídricos y la Red de Ecológicos Populares, trabajan juntas desde el año 2005 en el Asamblea Nacional Ambiental.

✽Primera Lectura Primera Lectura Isaías 55,10-11:

Nos encontramos al final del exilio, el profeta ha invitado al pueblo a tomar conciencia de que ya es hora de poner fin al cautiverio, ha mostrado la inutilidad de los ídolos, ha mostrado la elección de Israel

y ha hecho la invitación a salir de Babilonia. Cierra la segunda parte del libro de la Consolación con la invitación a confiar en la palabra de Yahvé pues ella es tan eficaz como la lluvia y la nieve para la tierra

✽Segunda Lectura Romanos 8,18-23:

El creyente irá descubriendo que la transformación comenzada en él afecta a todo el mundo. Mediante la transformación de nuestro ser alcanzaremos la gloriosa libertad de los hijos de Dios. Es imposible considerar al hombre separado del universo del cual forma parte. Toda la creación está guiada por el mismo misterio de muerte y de resurrección que marca nuestro destino y que el Hijo de Dios vino a asumir. Es evidente que la humanidad se ha desarrollado en la agresividad y la violencia; de ahí la dominación de las mujeres por los hombres y el espíritu masculino belicoso. De ahí también el desarrollo de una ciencia de sólo conquista

✽ Evangelio: Mateo 13,1-23:

Nos encontramos en el tercer discurso principal de Jesús: Siete parábolas sobre el reino de Dios. La postura de sentarse es la actitud que solían adoptar los rabinos o maestros religiosos cuando enseñaban.

Conviene recordar que una parábola es un recurso literario que expresa básicamente una comparación, es como un juego entre lo que se cuenta y lo que se quiere transmitir, Jesús hace uso de este recurso, desde situaciones muy concretas de la vida; con ello quiere provocar una reflexión en los discípulos, o en la multitud que lo seguía. Hace propuestas que exigen que cada uno de los oyentes tome postura. Los misterios del Reino sólo serán comprendidos por aquellos que hayan aceptado a Jesús como Mesías, lo que incluye aceptar también los fracasos.

Actualización:

Como respuesta al espíritu de la parábola tenemos que irnos moldeando, de modo que sometamos nuestros propios intereses a los intereses del Reino y aceptar las contradicciones que lo acompañan

Pistas para la acción: Aparecida 276.

La vocación y el compromiso de ser hoy discípulos y misioneros de Jesucristo en América Latina y El Caribe, requieren una clara y decidida opción por la

formación de los miembros de nuestras comunidades, en bien de todos los bautizados, cualquiera sea la función que desarrollen en la Iglesia.

Miramos a Jesús, el Maestro que formó personalmente a sus apóstoles y discípulos. Cristo nos da el método: "Vengan y vean" (Jn 1, 39), "Yo soy el Camino, la Verdad y la Vida" (Jn 14, 6).

Con Él podemos desarrollar las potencialidades que están en las personas y formar discípulos misioneros. Con perseverante paciencia y sabiduría Jesús invitó a todos a su seguimiento. A quienes aceptaron seguirlo los introdujo en el misterio del Reino de Dios, y después de su muerte y resurrección los envió a predicar la Buena Nueva en la fuerza de su Espíritu.

Su estilo se vuelve emblemático para los formadores y cobra especial relevancia cuando pensamos en la paciente tarea formativa que la Iglesia debe emprender en el nuevo contexto sociocultural de América Latina

Dos preguntas para el diálogo:

¿En qué forma entendemos la eficacia de la Palabra?
¿Cómo lo reflejamos en nuestro ministerio?

¿Qué vamos a hacer para que nuestro ministerio refleje la eficacia de la Palabra y manifieste nuestra responsable aportación?

Domingo 20 de Julio de 2008

16º Domingo de Tiempo Ordinario

Realidad. México, 16 nov 06.- Desde 1995, la UNESCO definió el 16 de noviembre como el Día Mundial para la Tolerancia, que consiste en el respeto, la aceptación y el aprecio de la rica diversidad de las culturas de nuestro mundo, de nuestras formas de expresión y medios de ser humanos.

Sin embargo, según datos del Instituto Nacional de las Mujeres, en México aún persiste la intolerancia, sobre todo hacia la diversidad sexual. Por eso, en el año 2000, México fue el segundo país en número de denuncias, con 69 casos, por violaciones al derecho

de las personas a la diversidad sexual.

✠ *Primera Lectura Sabiduría 12,13.16-19:*

El libro de la Sabiduría forma parte de toda una corriente religioso-literaria que se desarrolló en el judaísmo helenístico especialmente en Alejandría de Egipto. En la tercera sección (10, 1-19.22) se dedica a mostrar cómo Dios ha manifestado su sabiduría en la historia, sobre todo en la época de la salida de Israel de Egipto. En el pasaje de hoy nos muestra que Dios es único y nada se le puede comparar. Nos enseña que los creyentes tenemos que ser humanos y por lo mismo tolerantes con los demás

✠ *Segunda Lectura Romanos 8,26-27:*

La lucha contra el egoísmo es posible para aquellos que han entrado en el ámbito del Espíritu. Esta lucha no ha terminado, sino que está en continuo proceso: vivimos en la esperanza de alcanzar la victoria final. Este anhelo es universal y se expresa en los clamores de la naturaleza y del ser humano. La naturaleza espera ser liberada del uso egoísta para ser compartida y puesta al servicio de todos. El ser humano espera ser liberado de toda explotación y opresión que esclaviza su cuerpo

✠ *Evangelio: Mateo 13,24-43*

Estamos en el centro del Evangelio de Mateo y el corazón de este centro es la parábola del trigo y la cizaña. En ella aparecen las recomendaciones más importantes para las comunidades de la época.

Los judíos habían vivido separados de las demás naciones durante siglos por causa de la observancia de las leyes de pureza. Esta separación marcó sus vidas, su forma de ser. Aún después de convertidos al camino de Jesús, algunos continuaban con esa misma observancia que los separaba de los demás, querían la pureza total. Cualquier señal de impureza debía ser erradicada. Pero algunos, como Pablo, enseñaban que la nueva Ley de Dios, traída por Jesús pedía lo contrario: La comunidad debe vencer la tentación de querer excluir a los que piensan diferente.

Actualización:

Puesto que la intolerancia es bastante común en las instituciones tenemos que formarnos hábitos de tolerancia y tomar en cuenta las personas que se han destacado por un lucha no violenta.

Pistas para la acción: Aparecida No. 65:

Esto nos debería llevar a contemplar los rostros de quienes sufren. Entre ellos están las comunidades indígenas y afrodescendientes, que en muchas ocasiones no son tratadas con dignidad e igualdad de condiciones; muchas mujeres que son excluidas, en razón de su sexo, raza o situación socioeconómica; jóvenes que reciben una educación de baja calidad y no tienen oportunidades de progresar en sus estudios ni de entrar en el mercado del trabajo para desarrollarse y constituir una familia; muchos pobres, desempleados, migrantes, desplazados, campesinos sin tierra, quienes buscan sobrevivir en la economía informal; niños y niñas sometidos a la prostitución infantil, ligada muchas veces al turismo sexual; también los niños víctimas del aborto.

Millones de personas y familias viven en la miseria e incluso pasan hambre. Nos preocupan también quienes dependen de las drogas, las personas con capacidades diferentes, los portadores y víctima de enfermedades graves como la malaria, la tuberculosis y VIH - SIDA, que sufren de soledad y se ven excluidos de la convivencia familiar y social.

No olvidamos tampoco a los secuestrados y a los que son víctimas de la violencia, del terrorismo, de conflictos armados y de la inseguridad ciudadana. También los ancianos, que además de sentirse excluidos del sistema productivo, se ven muchas veces rechazados por su familia como personas incómodas e inútiles.

Nos duele, en fin, la situación inhumana en que vive la gran mayoría de los presos, que también necesitan de nuestra presencia solidaria y de nuestra ayuda fraterna. Una globalización sin solidaridad afecta negativamente a los sectores más pobres. Ya no se trata simplemente del fenómeno de la explotación y opresión, sino de algo nuevo: la exclusión social. Con ella queda afectada en su misma raíz la pertenencia a la sociedad en la que se vive, pues ya no se está abajo, en la periferia o sin poder, sino que se está afuera. Los excluidos no son solamente "explotados" sino "sobrantes" y "desechables".

Dos preguntas para el diálogo.

¿En qué se parece la intolerancia hacia las mujeres al Evangelio de Hoy?

¿Qué tenemos que ir haciendo nosotros para formarnos hábitos de tolerancia?

Domingo 27 de Julio de 2008

17º Domingo de Tiempo Ordinario

Realidad: En muchas ocasiones nuestras actividades pastorales y preocupaciones teológicas giran en torno a las leyes de nuestra Iglesia, a los requisitos que deben cumplirse para recibir los sacramentos, a los recursos materiales que necesitamos para llevar a cabo la evangelización, etc. El carisma inicial de nuestra Iglesia, su misión fundamental, a veces se pierde en lo institucional.

El tema del Reino nos ayuda a recobrar la esencia misma del mensaje de Jesucristo. Él nos enseñó que la Iglesia sólo tiene sentido si construye el Reino, y que este afán constructor nos identifica, en un gran esfuerzo ecuménico, con quienes también lo construyen, aunque desde otras trincheras religiosas. Necesitamos capacidad de discernimiento para encontrar a esas personas.

✧ *Primera Lectura: 1 Reyes 3,5-13:*

En esta oración, Salomón es consciente de que su reinado es obra de Dios, y quiere ejercer correctamente su responsabilidad como rey. Por ello, solicita no una larga vida, ni riquezas, ni la muerte de sus enemigos, sino un corazón sabio e inteligente, capaz de distinguir entre el bien y el mal, y de gobernar con justicia a su pueblo. Dios se lo concede.

✧ *Segunda Lectura Romanos 8,28-30:*

Estos versículos sugieren una metáfora arquitectónica. Pablo imagina una pirámide diseñada por Dios, en la que poco a poco van apareciendo sus características, y que Él utiliza para trazar su proyecto de salvación para la humanidad entera: llamado, conocimiento, predestinación, justificación, glorificación. Todo para conformarnos a la imagen de Dios.

✧ *Evangelio: Mateo 13,44-52:*

Las primeras dos parábolas del texto subrayan el valor único del Reino. El tesoro y la perla manifiestan lo que el Reino debe ser para los discípulos: algo

absoluto. Todo debe estar en función del Reino, todo se relativiza. Sólo a partir del Reino todo encuentra su sentido y adquiere su valor propio.

La tercera parábola, la red, nos habla del discernimiento que se necesita para construir el Reino. Esta sabiduría exige, en primer término, entender bien lo que Dios quiere y, como el escriba, combinar adecuadamente lo viejo y lo nuevo. Debemos ser discípul@s antes de ser doctor@s.

Pistas para la acción de Aparecida:

“Señales evidentes de la presencia del Reino son: la vivencia personal y comunitaria de las Bienaventuranzas, la evangelización de los pobres, el conocimiento y cumplimiento de la voluntad del Padre, el martirio por la fe, el acceso de todos a los bienes de la creación, el perdón mutuo, sincero y fraterno, aceptando la riqueza de la pluralidad...” (Documento Conclusivo de Aparecida... #383).

“... hemos sido liberados y salvados por la victoria pascual del Señor de la historia... Él nos convoca en Iglesia, y quiere multiplicar el número de sus discípulos y misioneros en la construcción de su Reino en nuestro Continente. Somos testigos y misioneros: en las grandes ciudades y campos, en las montañas y selvas de nuestra América...” (Documento Conclusivo de Aparecida... #548).

Preguntas para el diálogo:

1) ¿Qué lugar ocupa el Reino en nuestras predicaciones, catequesis, homilías, reflexiones, cursos, talleres, etc.?

2) ¿Qué tanto se propicia la práctica del discernimiento en nuestras parroquias y comunidades?

Domingo 3 de Agosto de 2008

18º Domingo de Tiempo Ordinario

Realidad: La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), según datos del primer trimestre del 2008, sostiene que unos 800 millones de personas en el mundo sufren

hambre, que 24 mil personas mueren cada día de hambre o de causas relacionadas con el hambre, y que un 75% de los fallecidos son niños menores de cinco meses.

Por el lado contrario, la abundancia de productos alimenticios en el mundo es notable. ¿No será que la solución al problema del hambre está en la justa distribución de esos productos? ¿Cómo es posible, por ejemplo, que se arrojen al mar algunos de esos productos para elevar su precio en el mercado, en vez de canalizarlos hacia los países más pobres y carentes de alimento?

✠ *Primera Lectura Isaías 55,1-3:*

El segundo Isaías insiste en este pasaje en la gratuidad de la comida y la bebida, además de que insiste en el agua como emblema de la vida. El vino y la leche son señales de la fertilidad que tiene la tierra prometida. Mientras que el pan representa el alimento fundamental del pueblo, los manjares succulentos evocan el banquete mesiánico narrado en el capítulo 25.

✠ *Segunda Lectura Romanos 8,35.37-39:*

El optimismo de Pablo es evidente en este texto. Proclama, exaltado, que nada puede separarnos de Cristo, ninguna criatura, buena o mala. Esta unión es tan sólida que supera cualquier obstáculo. El pasaje evoca el célebre canto de Oseas (2,16.21), pleno de amor y ternura hacia la esposa infiel, muestra del reiterado e incondicional amor de Dios a su pueblo.

✠ *Evangelio: Mateo 14,13-21:*

Mateo ya ve en la mesa del desierto un anticipo de la cena eucarística. Jesús insiste, como lo hace Isaías en la primera lectura de este domingo, en que la comida debe ser gratuita, y repite los gestos de la cena pascual: levantar los ojos al cielo, pronunciar la bendición, partir y repartir los panes.

Jesús se compadece de la multitud y le pide a sus discípul@s que compartan el pan. Compadecerse y compartir: claves del seguimiento de Cristo, de nuestro discipulado, de ahí que debamos insistir en el milagro de la repartición hasta la saciedad, más que en un acto de magia por parte de Jesús.

Pistas para la acción de Aparecida: “La Eucaristía, signo de la unidad con todos, que prolonga y hace presente el misterio del Hijo de Dios hecho hombre, nos plantea la exigencia de una evangelización integral. La inmensa mayoría de los católicos de nuestro Continente vive bajo el flagelo de la pobreza... Cada Parroquia debe llegar a concretar en signos solidarios su compromiso social... (Documento Conclusivo de Aparecida... #176).

“La Eucaristía es el centro vital del universo, capaz de saciar el hambre de vida y felicidad... Pero, todos los dones de Dios requieren una disposición adecuada para que puedan producir frutos de cambio. Especialmente, nos exigen un espíritu comunitario, abrir los ojos para reconocerlo y servirlo en los más pobres...” (Documento Conclusivo de Aparecida... #354).

Preguntas para el diálogo:

1) ¿Creemos en un Jesucristo taumaturgo, capaz de hacer actos de magia cuando se lo pedimos?

2) ¿O, más bien, lo consideramos como ese compañero que nos invita a compadecernos y a compartir?

Domingo 10 de Agosto de 2008
19º Domingo de Tiempo Ordinario

Realidad: El estrés se ha convertido en una enfermedad cada vez más frecuente. Por todas partes percibimos presiones, ruidos, prisas. Las grandes ciudades ya no son sólo selvas de asfalto sino campos de batalla, en donde luchamos para sobrevivir al tráfico, a la creciente violencia, a los gorrosos trámites burocráticos, a las aglomeraciones, a la comida rápida...

Tenemos dificultades para encontrar un poco de paz en la oración, en la reflexión. Pero no para huir del mundo y sus conflictos, sino para tomarnos un respiro, para ver las cosas de manera diferente, para fortalecer nuestra fe y nuestro contacto con Dios, para adquirir la seguridad de quien se sabe amado por Jesús, de quien queremos ser discípulo@s.

✠ Primera Lectura 1 Reyes 19,9.11-13:

En la soledad de la montaña, Dios le pide al profeta Elías que salga de la cueva en que se refugia para descubrir el verdadero rostro de Dios, sus más puras manifestaciones: no está Él en un violento huracán, tampoco en un terremoto, ni en el rayo -todas conocidas teofanías bíblicas-, sino en el murmullo de una suave brisa. Para encontrar a Dios, debemos salir de nuestras seguridades.

✠ Segunda Lectura Romanos 9,1-5:

En este pasaje, que abre una nueva sección dedicada al misterio de Israel, Pablo aparece triste, abatido porque sus hermanos de raza, los israelitas, no quieren reconocer a Cristo Jesús, no obstante haber recibido las bendiciones que convierten a su raza en escogida: la adopción filial, la gloria, las alianzas, la Ley, el culto de Dios, las promesas, los patriarcas y, sobre todo, al mismo Cristo.

✠ Evangelio: Mateo 14,22-33:

Mateo nos ofrece en este texto el contraste entre dos personajes. Por una parte aparece Pedro, dudando de Jesús, valiente hasta el punto de lanzarse a las aguas agitadas por la tempestad y las grandes olas, pero a final de cuentas miedoso, carente de fe y necesitado del auxilio de Jesús.

Por otra parte, aparece Jesús, primero orando a solas en el monte, actitud y sitio tradicionales para el encuentro con Dios; después se le ve como un fantasma, caminando sobre las aguas para auxiliar a sus discípulos a quienes alienta para no tener miedo, y para salvar a Pedro, a quien le extiende la mano.

Pistas para la acción de Aparecida:

“... se necesita cuidar el tesoro de la religiosidad popular de nuestros pueblos, para que resplandezca cada vez más en ella ‘la perla preciosa’ que es Jesucristo, y sea siempre nuevamente evangelizada en la fe de la Iglesia y por su vida sacramental. Hay que fortalecer la fe para afrontar serios retos...” (Documento Conclusivo de Aparecida... #549).

“Quédate, Señor, con aquellos que en nuestras sociedades son más vulnerables; quédate con los pobres y

humildes, con los indígenas y afroamericanos, que no siempre han encontrado espacios y apoyo para expresar la riqueza de su cultura y la sabiduría de su identidad... ¡Fortalece a todos en su fe para que sean tus discípulos y misioneros!” (Documento Conclusivo de Aparecida... #554).

Preguntas para el diálogo:

- 1) ¿Qué lugar ocupa en nuestras vidas la reflexión, la meditación, el silencio, la calma, el sosiego?
- 2) ¿Cuáles son nuestros miedos y nuestras angustias más frecuentes?

Viernes 15 de Agosto de 2008

La Asunción

Realidad: Sobre la muerte de la Virgen María no hay datos históricos certeros. Aunque ya desde el Siglo VI se celebraba la dormición de María, que incluía referencias a su muerte, resurrección y ascensión, es hasta el 1 de noviembre de 1950 que Pío XII, después de una amplia consulta a los obispos del mundo entero, declaró como dogma de fe católica la Asunción de la Virgen María.

En América Latina, la devoción a la Virgen María es incuestionable, y así como aparece en los evangelios siempre del lado de su Hijo, acompañándolo en los momentos más importantes de su vida, muerte, resurrección y ascensión, así aparece también acompañando a los pueblos latinoamericanos en las etapas más significativas de su historia.

**Primera Lectura Apocalipsis 11,19;12,1-6.10:*

Este pasaje resalta las figuras de la mujer encinta y del dragón. De ella se ha dicho que es la humanidad que coopera en los planes de Dios, el pueblo judío que prepara la venida del Mesías, María que da a luz a Jesús, la Iglesia que huye al desierto. El dragón representa al demonio que adquirirá varios disfraces en los capítulos siguientes: bestia, falsificación del Cordero, etc. Sin embargo, será vencido.

**Segunda lectura: (1 Corintios 15,20-27)*

En este texto Pablo expresa su visión cristocéntrica de la historia. La resurrección de Cristo aparece como la primicia de lo que será la batalla final, en la que se vencerá incluso a la muerte. En esta fiesta, el pasaje nos invita a ver en María, criatura humana, a la primera de una larga fila que formamos quienes queremos regresar a Dios del que salimos, venciendo a la muerte.

** Evangelio: (Lucas 1,39-56)*

El Magnificat es un canto puesto en los labios de María pero elaborado en la comunidad de los anawin cristianos que contemplaban en el Cristo humillado pero triunfante la historia que la iglesia debía vivir. María, y con ella su pueblo, canta la grandeza de Dios, le da gracias con alegría, proclama santo su nombre.

Pero el texto también nos recuerda la preferencia de Dios por los pobres, los débiles y oprimidos, que campea a lo largo de toda la Biblia, pero que aquí aparece con bella fuerza, en una síntesis notable, en la que se sitúan al mismo nivel la búsqueda de la justicia y la gratuidad del amor de Dios.

Pistas para la acción de Aparecida:

“Con los ojos puestos en sus hijos y en sus necesidades, como en Caná de Galilea, María ayuda a mantener vivas las actitudes de atención, de servicio, de entrega y gratuidad que deben distinguir a los discípulos de su Hijo. Indica, además, cuál es la pedagogía para que los pobres, en cada comunidad cristiana, ‘se sientan como en su casa’...” (Documento Conclusivo de Aparecida... #272).

“La antropología cristiana resalta la igual dignidad entre varón y mujer... La figura de María, discípula por excelencia entre discípulos, es fundamental en la recuperación de la identidad de la mujer y de su valor en la Iglesia. El canto del Magnificat muestra a María como mujer capaz de comprometerse con su realidad y de tener una voz profética ante ella” (Documento Conclusivo de Aparecida... #451).

Preguntas para el diálogo:

1) María estuvo siempre presente en los momentos importantes de la vida de su Hijo: ¿y nosotros? ¿también acompañamos a Jesús?

2) ¿Cómo podríamos adaptar el Magnificat a las actuales condiciones sociales y eclesiales?

DOMINGO 17 DE AGOSTO DE 2008

20 domingo ordinario

+ De la realidad:

Uno de los avances más significativos que se han dado en la lucha por el respeto a los derechos humanos es el relativo a las mujeres. Cada vez son más las organizaciones que alzan la voz cuando se atropella la dignidad de una mujer, y poco a poco, quizá con demasiada lentitud, se cobra conciencia sobre la necesidad de respetar y promover sus derechos.

Sin embargo, son muchos los ejemplos de que estos pequeños avances aún no llegan a muchas comunidades. Muchas mujeres campesinas e indígenas, otras que trabajan en las fábricas y oficinas de las grandes ciudades, las ancianas enfermas y abandonadas, son todavía víctimas del más cruel machismo, que las considera en la práctica como inferiores a los varones, "desechables".

** Primera Lectura: (Isaías 56,1.6-7)*

El tercer Isaías enfatiza en este pasaje dos elementos muy difíciles de entender para los judíos tradicionalistas: establecer el derecho y practicar la justicia son los criterios para esperar la salvación divina, y los extranjeros también son invitados por Dios. Esta perspectiva de implantación de la justicia y de la universalidad en el llamado de Dios serán temas fundamentales en los profetas.

** Segunda Lectura: (Romanos 11,13-15.29-32)*

Pablo, autodefiniéndose como apóstol de los gentiles, continúa con el tema de la universalidad de la salvación al dirigirse a los gentiles. Pero lo hace buscando que sus hermanos de raza sean impactados por esa predicación. El texto insiste en que no obstante

la rebeldía de algunas generaciones, Dios se compadece de ellas para otorgarles la salvación.

** Evangelio: (Mateo 15,21-28)*

La mujer cananea del relato parece sufrir las clásicas opresiones que las mujeres han enfrentado a lo largo de su historia y siguen sufriendo todavía ahora. Los discípulos le ruegan al Señor que se libere de ella, y el mismo Jesucristo ni siquiera le responde, y luego se dirige a ella en forma áspera, demasiado dura.

Pero esta mujer insistente y llena de fe encuentra la recompensa a su esfuerzo. Jesús no sólo le reconoce su fe sino que cumple sus deseos. El texto, como lo fue el pasaje de la samaritana, nos presenta a Jesús hablando al tú con tú con una mujer, respetándola y cediendo a fin de cuentas.

Pistas para la acción de Aparecida:

"Lamentamos que innumerables mujeres de toda condición no sean valoradas en su dignidad, queden con frecuencia solas y abandonadas, no se les reconozca suficientemente su abnegado sacrificio e incluso heroica generosidad en el cuidado y educación de los hijos, ni en la transmisión de la fe en la familia" (Documento Conclusivo de Aparecida... #453).

"En esta hora de América Latina y el Caribe, urge escuchar el clamor, tantas veces silenciado, de mujeres que son sometidas a muchas formas de exclusión y de violencia en todas sus formas y en todas las etapas de sus vidas. Entre ellas, las mujeres pobres, indígenas y afroamericanas han sufrido una doble marginación" (Documento Conclusivo de Aparecida... #454).

Preguntas para el diálogo:

1) ¿Se respeta a las mujeres en nuestra comunidad eclesial? ¿Cómo se manifiesta este respeto o esta falta de respeto?

2) ¿Las mujeres tienen acceso en nuestra comunidad eclesial a la toma de decisiones? Si la respuesta es positiva: ¿De qué manera?

DOMINGO 24 DE AGOSTO DE 2008**21 domingo ordinario***De la realidad:*

Al Papa Benedicto XVI, en especial cuando fue el Prefecto de la Congregación para la Doctrina de la Fe, se le acusó de conservador y autoritario. Sin embargo, en el discurso inaugural de la Conferencia de Aparecida, y en otras intervenciones con contenidos sociales, ha llamado la atención sobre la pobreza estructural en América Latina y la necesidad de superarla.

Más allá de las posiciones teológicas del sucesor de Pedro, podemos ejercer la autoridad en nuestras comunidades eclesiales sin autoritarismo y mediante el diálogo y el consenso. Aunque sabemos que nuestra Iglesia no es democrática, podemos instaurar prácticas democráticas en nuestros consejos pastorales, en nuestras comunidades de base y grupos apostólicos.

✠ *Primera Lectura: (Isaías 22,19-23)*

Al darle autoridad a Eliaquín, Yahvé manifiesta su idea del poder y del ejercicio de esa autoridad. Le pide ser un padre para su pueblo y, al darle la llave de la casa de David, lo sitúa en la concepción del gobernante que campea a lo largo de todo el Primer o Antiguo Testamento: su misión consiste en establecer la justicia y el derecho, y debe ejercerla como un padre bondadoso.

✠ *Segunda Lectura: (Romanos 11,33-36)*

Con este pasaje, Pablo concluye lo que se ha llamado "la cuestión judía", y presenta a Dios en toda su majestuosidad indescifrable. Es inútil -parecería decirnos- tratar de comprender el misterio de Dios, sólo nos queda admirarlo, contemplarlo, saborearlo en su grandeza. Ningún rey de la tierra podrá jamás acercarse, ni siquiera en forma mínima, a la grandeza de Dios.

✠ *Evangelio: (Mateo 16,13-20)*

El pasaje tiene dos partes muy claras. En la primera, Pedro es bendecido por Jesús, que lo llama "dichoso"

por la respuesta tan atinada que da a una de las preguntas fundamentales, y que tanto batallaron para responder l@s discípu@s. Esta bendición, sin embargo, entraña también una misión.

Ella aparece en la segunda parte del texto. Pedro recibe la autoridad con tres signos: la roca, las llaves, y el poder de atar y desatar. Frente a los fariseos, expertos en cerrar las puertas del Reino, Pedro y l@s discípu@s -la Iglesia-, deberán abrirlas, mostrando que la autoridad es servicio y no dominación.

Pistas para la acción de Aparecida:

"Por otra parte, la economía liberal de algunos países latinoamericanos ha de tener presente la equidad, pues siguen aumentando los sectores sociales que se ven probados cada vez más por una enorme pobreza o incluso expoliados de los propios bienes naturales" (Benedicto XVI, Discurso Inaugural #2, de la Conferencia de Aparecida)

"Llegados a este punto podemos preguntarnos: ¿Cómo puede contribuir la Iglesia a la solución de los urgentes problemas sociales y políticos, y responder al gran desafío de la pobreza y de la miseria?... En este contexto es inevitable hablar del problema de las estructuras, sobre todo de las que crean injusticia..." (Benedicto XVI, Discurso Inaugural #4, de la Conferencia de Aparecida)

Preguntas para el diálogo:

- 1) ¿Cuáles son las formas concretas en que se puede ejercer la autoridad entendiéndola como servicio y no como poder?
- 2) ¿Podemos insertar algunas prácticas democráticas en nuestras comunidades eclesiales? ¿Cuáles y cómo?

DOMINGO 31 DE AGOSTO DE 2008**22 domingo ordinario***De la realidad:*

En los últimos años han descendido notablemente las vocaciones a la vida presbiteral y consagrada. Varias son las razones de tal decremento: los escándalos en

los que se ha visto envuelta un sector de la jerarquía, el incremento en el compromiso pastoral de much@s seglares, etc. Hay, sin embargo, una razón que podría titularse: falta de heroísmo.

Y es que el mundo actual nos propone una vida "light", con poco sacrificio y sin esas actitudes heroicas que eran frecuentes en otras épocas. Las culturas de hoy nos invitan, más bien, a la comodidad, al esfuerzo pero sólo en aras de conseguir más dinero y el ascenso social. ¿Alguien quiere dar su vida por Jesucristo? Sólo los héroes... y cada vez hay menos.

✧ *Primera Lectura: (Jeremías 20,7-9)*

Esta confesión de Jeremías, que nos remite a su llamado vocacional, va de la seducción al oprobio y, con gran belleza narrativa, nos presenta el sufrimiento de un profeta que quiere revelarse, que sufre la tentación del abandono, pero que termina por sucumbir ante Dios. Seguir a Dios, dejarse seducir por Él, implica muchos problemas y persecuciones.

✧ *Segunda Lectura: (Romanos 12,1-2)*

Con este pasaje se abre la sección moral y práctica de la carta a los Romanos. Pablo invita a tener mucho cuidado de las mentalidades mundanas, de esas culturas que son ajenas al proyecto de Dios, y pide que nos convirtamos renovando nuestra mente, para poder discernir la voluntad de Dios. Habrá que estar atent@s a lo que Él nos pide para actuar en consecuencia.

✧ *Evangelio: (Mateo 16,21-27)*

El texto nos presenta algo que podría parecer increíble: Jesús llama "Satanás" a Pedro. Y es que el apóstol quiere disuadirlo de continuar con su programa, lo invita a abandonar la causa. Estamos ante una situación completamente diferente a la del domingo anterior. Pedro pasa de héroe a villano.

Sin embargo, el enérgico rechazo a Pedro va acompañado de su implícito perdón, delineándole el tipo de vida que debe asumir quien quiera ser su discípul@: tomar su cruz y seguir al Señor, perder la vida para poder salvarla. En síntesis, el seguimiento de Jesús nos exige transitar por la puerta estrecha.

Pistas para la acción de Aparecida:

"Una auténtica evangelización de nuestros pueblos implica asumir plenamente la radicalidad del amor cristiano, que se concreta en el seguimiento de Cristo en la Cruz; en el padecer por Cristo a causa de la justicia; en el perdón y amor a los enemigos. Este amor supera al amor humano... y es el eje cultural 'radical' de una nueva sociedad" (Documento Conclusivo de Aparecida... #543).

"... es imprescindible que el discípulo se cimiente en su seguimiento del Señor, que le dé la fuerza necesaria no sólo para no sucumbir ante las insidias del materialismo y del egoísmo, sino para construir en torno a él un consenso moral sobre los valores fundamentales que hacen posible la construcción de una sociedad justa" (Documento Conclusivo de Aparecida... #506).

Preguntas para el diálogo:

- 1) ¿Cuáles son los retos y las exigencias concretas de l@s actuales discípul@s de Jesucristo?
- 2) ¿Qué contenidos deberían tener nuestras campañas vocacionales para captar apóstoles seglares y consagrad@s? ☞





La ASSET, Asociación Ecuménica de Teólogos/as del Tercer Mundo,
y el MWI, Missionswissenschaftliches Institut Missio, de Aquisgrán, Alemania,
anuncian el:

Premio Internacional de Teología Contextual 2008

ANUNCIAN la creación de este
PREMIO, con las siguientes
BASES:

Objetivo: Premiar los mejores trabajos (libros principalmente) dentro del campo de las preocupaciones teológicas de la Comisión Teológica Internacional de la ASETT, que para 2008 selecciona «La Teología de la Liberación hoy» como el tema de interés. Después de cuarenta años de vida, hay quienes afirman que la Teología de la Liberación ya murió, mientras que para muchos otros está viva, es ya clásica, e irreversible, y continuará siendo imprescindible para la Humanidad en el futuro. El Jurado seleccionará de entre las mejores obras, aquéllas que mejor iluminen la validez y el futuro y los nuevos caminos de la Teología de la Liberación.

Se puede presentar trabajos teológicos, propios o ajenos, para ayudar al Jurado en su selección, enviándolos a las Comisiones Teológicas continentales de la ASETT (EATWOT), al MWI (mwi@mwiaachen.org), o a la Comisión Teológica Internacional de la ASETT: theologicalcommission@eatwot.org

Las casas editoras pueden presentar obras teológicas.

El premio está dotado con 3000 (tres mil) euros.

Convocatoria oficial en: www.mwi-aachen.org y
www.eatwot.org/TheologicalCommission